Psychologische Aspekte der Prophylaxe des genitalen Carcinoms

Eine Untersuchung über die psychologischen Ursachen der Verzögerung einer frühzeitigen Behandlung gynäkoloischer Symptome

Dissertation
zur
Erlangung des Doktorgrades
des
Fachbereichs Sozial- und Verhaltens-
wissenschaften, Pädagogik
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt
von
Viola Frick geb. Hebert
aus Berlin

1970

Psychologische Aspekte der Prophylaxe des genitalen Carcinoms

Eine Untersuchung über die psychologischen Ursachen der Verzögerung einer frühzeitigen Behandlung gynäkoloischer Symptome

Dissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

des

Fachbereichs Sozial- und Verhaltens-

wissenschaften, Pädagogik

der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt

von

Viola Frick geb. Hebert

aus Berlin

1970

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Pädagogik der Universität Tübingen

UNIV. LEIDEN BIBL.

Hauptberichterstatter: Prof. Dr. R. Bergius
Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Roemer
Dekan: Prof. Dr. O. Grupe
Tag der mündlichen Prüfung: 29. Juni 197o

FOTODRUCK: Frau Elly H U T H TÜBINGEN

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I. A	Einleitung und Problemstellung	1
B	Literaturübersicht	2
C	Theoretische Grundlagen der empirischen Untersuchung	6
	a) Beschreibung der psychologischen Modelle	6
	b) Anwendung der theoretischen Modelle auf die Problemstellung	7
	c) Hypothesen	9
II. A	Methoden der empirischen Untersuchung	
	1. Die Stichprobe der Befragten	13
	2. Die angewandten Methoden	
	a) Strukturiertes Interview	13
	b) Persönlichkeitstest	16
	c) Polaritätsprofile	18
III.	Durchführung	21
IV. A	Ergebnisse	22
	a) des strukturierten Interviews	
	1. Sozialmedizinische Daten	23
	Altersverteilung	23
	Familienstand	24
	Kinderzahl und berufliche Belastung	25
	Soziale Situation	26
	Wohngebiet und vorhandene Ärzte am Ort	29
	Medizinisches Interesse	30
	Kenntnisse der Frühsymptome des genitalen Carcinoms	32
	Teilnahme an Präventivuntersuchungen	34
	2. Verhalten bei der derzeitigen gynäkologischen Erkrankung	36
	Verhalten bei Krankheit im allgemeinen	37
	Verhalten bei der Ärztkonsultation	38
	Erfahrungen hinsichtlich der Diagnosemitteilung	40
	Art der erstmals aufgetretenen Symptome	42
	Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Ärztkonsultation	43
	Verhalten nach dem Auftreten von Symptomen	44
	Verhalten des Ehemannes	46

Seite

Zuerst konsultierter Arzt 47
Verhalten des zuerst konsultierten Arztes 48
Gründe für die Einweisung in die Klinik 51
Einstellung zur bestehenden Krankheit 53

b) Ergebnisse des Persönlichkeitstestes 57

c) Ergebnisse der Polaritätsprofile 60

B Vergleich der Ergebnisse aller Methoden

a) im Hinblick auf die Verzögerung der Arztkonsultation 73

b) im Hinblick auf psychologische Probleme des genitalen Carcinoms 78

V. Zusammenfassung 81

VI. Diskussion und Schlußfolgerungen 82

Literatur 91

Anhang 96

I. A. Einleitung und Problemstellung:

Anlaß der vorliegenden Untersuchung ist die klinische Erfahrung, daß die Verzögerung der Frühdiagnose und Therapie immer noch eine der stärksten Barrieren ist, die es im Kampf gegen den Krebs zu überwinden gilt. Entgegen konzentrierten medizinischen Bemühungen um eine Intensivierung der Prophylaxe scheut ein großer Teil der Patientinnen mit gynäkologischen Symptomen die frühzeitige Arztkonsultation. Fortschritte der Krebsbekämpfung werden jedoch nur gewährleistet durch ein frühzeitiges Erkennen der Symptome durch die Patientin, eine möglichst frühzeitige Diagnose von Seiten des Arztes, eine sofortige Behandlung, die die Zusammenarbeit von Arzt und Patientin voraussetzt und eine angemessene Behandlung, die spezielle Kenntnisse des Arztes erfordert (Harms, 17).

Da zumindest an 3 von diesen 4 genannten Faktoren die Patientin selbst durch ihr spezifisches Verhalten wesentlich beteiligt ist, soll die Fragestellung für unsere Untersuchung lauten: Welche maßgeblichen psychologischen Ursachen sind dafür verantwortlich, daß eine Frau trotz der Beachtung von Symptomen, die von ihrem normalen Körpergeschehen abweichen, die Arztkonsultation und damit die rechtzeitige Behandlung solange hinauszögert, bis im Verlauf der Krankheit eine wesentliche Verschlechterung eingetreten und die Therapie damit entscheidend erschwert ist.

Die Situation der Patientin ist nach Parsons (31) bei dem Auftreten von Symptomen gekennzeichnet durch einen Zustand der Hilflosigkeit und Hilfsbedürftigkeit, der wiederum bedingt ist durch ihre fachliche Inkompetenz. Daher vermag sie selber die Bedeutung und das Ausmaß ihrer Symptome nicht zu beurteilen, ist also auf die fachgerechte Behandlung des Arztes, möglichst des Gynäkologen, angewiesen. Als Laie ist sie nicht fähig zu entscheiden, ob das Symptom eine Verzögerung der Konsultation gestattet, da es unerheblich ist, oder die Krankheit ohne rechtzeitige Hilfe in ein Stadium führt, das die Therapie bereits entscheidend erschwert.

Aus diesem Grund schien es uns angezeigt, die Ursachen für eine Verzögerung rechtzeitiger Behandlung nicht nur an Carcinom-Patientinnen zu untersuchen, wie es in einschlägigen Untersuchungen bisher fast ausschließlich der Fall ist (6, 13, 16, 17, 38), sondern ein unausgelesenes Krankengut mit gynäkologischen Symptomen heranzuziehen.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß der Schwerpunkt dieser Arbeit im empirischen Bereich liegt. Die theoretische Grundlage soll nur soweit dargestellt werden, als es zum Verständnis der Hypothesenbildung für die empirische Untersuchung notwendig erscheint. Das gleiche gilt für die zur Diskussion herangezogene Literatur. Ein genaueres und ausführlicheres Eingehen auf für diese Untersuchung relevante Probleme wie tiefenpsychologische und persönlichkeitstheoretische Modelle, Entscheidungstheorien, Risikoverhalten, motivationspsychologische Fragen, gesellschaftsspezifische Rollenentwicklung der Frau, Probleme der Sexualität, soziologische Fragen der Familie und Ehe etc. bliebe somit einer literarisch ausgerichteten Arbeit vorbehalten. Es sei an dieser Stelle auf die einschlägige Literatur hingewiesen (2, 3, 5, 15, 21, 22, 9, 33).

B. Literaturübersicht

Die Verantwortlichkeit für eine Verzögerung der Behandlung wird in der einschlägigen Literatur zum überwiegenden Teil den Patientinnen selbst zugeschrieben. Martius (27) erwähnt, daß bei 577 wegen Collum Carcinoms an der Göttinger Klinik aufgenommenen Patientinnen die Behandlung in 72 % der Fälle um mehr als einen Monat verzögert wurde. An dieser Verzögerung waren seiner Erfahrung nach zu 88 % die Patientinnen selber schuld, zu 10 % die Ärzte, 2 % waren auf sonstige Ursachen zurückzuführen. Amerikanische Veröffentlichungen zeigen ein ähnliches Zahlenverhältnis. Howson (20) gibt in

einer Untersuchung von 1948 an, daß das Verschulden für eine Verzögerung zu 56,3 % bei den Patientinnen liegt, zu 29,4 % bei den Ärzten und zu 14,3 % bei sonstigen Ursachen. Scheffey (35) führt in 55 % der Fälle die Verzögerung auf die Patienten zurück, in 33 % auf die Ärzte, in 12 % auf sonstige Ursachen. Untersuchungen des M.D. Anderson Hospital for Cancer Research führen eine Statistik von 1 684 untersuchten Carcinom-Patientinnen an, die 1951 - 1952 aufgenommen wurden. Hier wird die Schuld in 55 % der Fälle bei den Patientinnen gesehen, in 33 % bei den Ärzten, 11,4 % sind unbestimmt. Das positive Abschneiden der deutschen Ärzte im Vergleich zu den amerikanischen bei diesen Zahlenangaben konnte von uns nicht bestätigt werden. Aufgrund unserer Untersuchung sind die deutschen Ärzte ebenfalls zu etwa 30 % an der Verzögerung schuld, was bei der späteren Darstellung der Ergebnisse noch detailliert begründet werden soll.

Dieses Ergebnis wird unterstützt durch eine weitere Untersuchung an der Tübinger Frauenklinik, aufgrund derer Pfleiderer (34) feststellte, daß von 216 Patientinnen, die wegen eines Collum Carcinoms in den Jahren 1967 und 1968 an der Tübinger Frauenklinik aufgenommen wurden, 51 % Symptome seit über 4 Wochen hatten, 25 % seit über 3 Monaten und 14 % seit über 6 Monaten, bis sie zum ersten Mal den Arzt aufsuchten. Nach dem ersten Arztbesuch vergingen bei 31 % der Frauen mehr als 4 Wochen, bei 16 % mehr als 3 Monate und bei 7 % sogar mehr als 6 Monate, bis die Klinikaufnahme erfolgte.

Bei den hier erwähnten Untersuchungen wird die Ursache für die Verzögerungsschuld der Patientinnen jedoch nicht angegeben, sondern diese lediglich als Hauptfaktor der allgemeinen Verzögerung konstatiert.

Die Frage nach den Hintergründen dieser Verzögerung hat vor allem amerikanische Sozialpsychologen beschäftigt. In Deutschland fehlen Untersuchungen zu diesem Problem mit psychologischen Fragestellungen nahezu völlig. Den Hauptbeitrag zur

Klärung dieses Problems leistet hier die Sozialmedizin (32, 33). Sie ist jedoch leider auf die Klärung der sozialen Tatbestände beschränkt.

Die amerikanischen Untersuchungen, die sich mit der Klärung des Problems aus sozialer und psychologischer Sicht beschäftigen, sind dagegen zwar zahlreich, lassen aber oft eine theoretische Fundierung vermissen und erscheinen weitgehends konzeptionslos. Es wurden sozusagen intuitiv Tests und Fragebogen verwandt und die Ergebnisse im nachhinein phänomenologisch geordnet. Eine psychologische Modellvorstellung des Problems und sich daraus ableitende Arbeitshypothesen, die einer empirischen Überprüfung bedürfen, fehlen bei den meisten Untersuchungen. Wir wollen uns daher darauf beschränken, hier nur über die wesentlichsten zu berichten.

Pack und Gallo (30) definierten in einer Pionierstudie die Verzögerung als dann von der Patientin verschuldet, wenn diese nicht innerhalb von 3 Monaten nach Auftreten von Symptomen einen Arzt aufgesucht hatte. 246 von ihnen untersuchte Patientinnen hatten Brustkrebs. Von diesen verzögerten 57 % die Behandlung länger als 3 Monate. Als Hauptgründe für diese Verzögerung gaben Pack und Gallo an: Ignorieren der Ernsthaftigkeit der Symptome, Furcht vor der Untersuchung, Angst vor der potentiellen Bestätigung des Krebsverdachtes und möglicherweise finanzielle Gründe.

Harms et al. (17) machten dagegen in einer 1943 veröffentlichten Untersuchung das Fehlen einer geeigneten Krebsaufklärung für den größten Teil der verzögerten Fälle verantwortlich.

Neuere Arbeiten wie die von Taylor (39) weisen dagegen darauf hin, daß die Krebsaufklärung einen solchen Umfang angenommen habe, insbesondere die über den Brustkrebs, daß sich die Verzögerung auf jeden Fall nicht durch mangelnde Aufklärung erklären lasse. Hiergegen läßt sich leicht einwenden, daß der Umfang einer Aufklärungsarbeit nicht einer gleichermaßen intensive und spezifische Wirkung bei den angesprochenen Frauen erzielen muß, d.h. daß von einer einheitlichen Wirkungsweise der Aufklärungsarbeit überhaupt nicht gesprochen werden kann, zumal ihre Effektivität nicht untersucht wurde.

Shands et al. (37) kommen zu dem Ergebnis, daß es demententsprechend zwar eine durch Erziehung bedingte Bewußtheit von Symptomen gebe, daß aus dieser Bewußtheit aber nicht notwendigerweise eine Übersetzung in eine vernünftige Handlung erfolgen müsse, da das betreffende Individuum über einige Abwehrmanöver gegen die in die Tat umgesetzte Erkenntnis verfüge, daß die Schwere der Symptome eine sofortige Behandlung indiziert.

Cobb et al. (6) weisen auf den Einfluß der Erziehung und Aufklärung hin. Sie untersuchten eine Zufallsstichprobe von 100 Carcinom-Patientinnen mit Fragebogen und Persönlichkeitstests. 50 waren nach Auftreten von Symptomen sofort zum Arzt gegangen, 50 hatten die Konsultation verzögert. Die Autoren stellten fest, daß das Verhalten der verschiedenen Patientinnen auf Abwehrmechanismen hinweist, die vom Individuum in Übereinstimmung mit seiner eigenen Vergangenheitserfahrung gelernt sind und aus primären Persönlichkeitseigenschaften resultieren. Nach ihren Ergebnissen ist die Patientin, die verzögert, älter als 50 Jahre und gehört den unteren Gesellschaftsschichten an. Im Laufe der Jahre scheint sie ihre Ablehnung und ihr Mißtrauen gegen ärztliche Hilfe konzentriert zu haben. Ferner scheint ein ausgeprägter Glaube an Wunderkräfte und eine tiefverwurzelte Scham ihr Verhalten mitzubeeinflussen. Hinzu kommen finanzielle Minderbemittelung und ein Mangel an Bewußtheit über die Folgen der Krankheit. Die Verzögernde sucht daher eher den Heilpraktiker auf, da sie glaubt, hier absolut sichere Hilfe zu finden. Zusammenfassend stellten Cobb et al. fest, daß es offensichtlich eine große Anzahl von Menschen gebe, die somit gar nicht durch die bestehende Krebsaufklärung angesprochen würden, und zwar seien das all diejenigen, auf die die oben genannten Merkmale zuträfen, vor allem als häufigstes Merkmal, die Zugehörigkeit zur unteren Schicht.

Auch Hammerschlag (16) untersuchte ein Kollektiv von Patientinnen mit Brustkrebs im Hinblick auf unsere Fragestellung.

Er fand ein umso ausgeprägteres Vorhandensein von Selbstverteidigungsmechanismen wie Verdrängung und Verleugnung, je länger die Verzögerung der Arztkonsultation war.

Im Gegensatz zu den meisten der hier angeführten Untersuchungen haben wir nun versucht, unsere Problemstellung anhand von psychologischen Modellen darzulegen und die Hypothesen, die sich daraus ableiten lassen, experimentell zu überprüfen.

C. Theoretische Grundlagen der experimentellen Untersuchung

a) Beschreibung der psychologischen Modelle:

Die Modelle, die wir zu unseren Überlegungen herangezogen haben, seien zunächst kurz skizziert und dann im Zusammenhang mit unserer Problemstellung dargelegt. Im wesentlichen wollen wir uns auf 2 Modelle beziehen:

1. Auf die Feldtheorie von Lewin (23) und daraus abgeleitet das Modell der Zeitperspektive (14, 24),
2. auf das Modell der cognitiven Dissonanz von Festinger (12).

ad 1: Grundsatz der von Lewin entwickelten Feldtheorie ist, daß das Verhalten eines Individuums jeweils von der Gesamtheit der zu einem bestimmten Zeitpunkt psychologisch wirksamen Bedingungen abhängig ist. Diese Bedingungen bilden in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit ein dynamisches Feld, zu dem sowohl die agierende Person als auch ihre psychologische Umwelt gehören. Dieses Feld hat jeweils so viele Dimensionen, wie psychologisch wirksame Bedingungen. Die Verhaltensmöglichkeiten in diesem Feld sind abhängig von den Kräften der Person und den Valenzen oder Aufforderungscharakteren der Außenwelt. Die Person agiert in diesem Feld durch ihre Handlung und Lokomotion. Die Handlungen sind soziale Umstrukturierungen. Das dynamische Feld bildet zusammen mit den Kräften der Person eine Gestalteinheit. Ziele und Barrieren, d.h. Widerstände modifizieren jeweils die Teile und damit das Ganze.

Dem historischen und genetischen Aspekt wird nach Bergius (5) in der Feldtheorie durch den Begriff "Zeitperspektive" Rechnung getragen. Dieser Begriff wurde erstmals von Frank (14) eingeführt und später von Lewin (24) in sein Theoriensystem übernommen. Er umfaßt die Gesamtheit der Erfahrungen, Haltungen, Erwartungen und Hoffnungen, die zu einem gegebenen Zeitpunkt bei einem in diesem Feld agierenden Individuum wirksam werden. Die psychologische Vergangenheit und die psychologische Zukunft sind also simultane Teile des psychischen Feldes in einer gegebenen Zeit.

ad 2: Das von Festinger (12) entwickelte Modell der cognitiven Dissonanz geht aus der Theorie Lewins hervor. Es umfaßt folgende Grundhypothesen: Cognitive Dissonanz ist die Existenz von sich widersprechenden Bewußtseinsinhalten. Die Existenz dieser Dissonanz ist psychologisch unbequem und motiviert die entsprechende Person, sie zu reduzieren und Consonanz zu erlangen. Bei diesem Versuch wird die Person Situationen und Informationen meiden, die die Dissonanz vergrößern könnten. Wann immer bei einer bestimmten Handlung also sich widersprechende Bewustseinsinhalte bestehen, entsteht nach Festinger cognitive Dissonanz oder nach Lewin ein Zustand des Ungleichgewichts, den das Individuum zu beseitigen versucht, indem es eine cognitive Übereinstimmung mit der bereits erfolgten Handlung herbeiführt.

b) Anwendung der theoretischen Modelle auf die Problemstellung:

Unsere Fragestellung lautete: Welche Faktoren sind maßgeblich daran beteiligt, daß eine Frau trotz der Beachtung von Symptomen, die von ihrem normalen Körpergeschehen abweichen, keinen Arzt konsultiert oder die Konsultation solange hinauszögert, bis im Krankheitsverlauf bereits eine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist?

Den Prozess von der Beachtung der Symptome bis zur ersten Arztkonsultation wollen wir unter dem Gesichtspunkt der Zeitperspektive betrachten. Danach ist das subjektive Zeiterleben (gekennzeichnet durch die Pole: Es ist noch genügend Zeit - jetzt ist es allerhöchste Zeit) dieses Raumes beeinflußt von der Gesamtheit der Erfahrungen, Haltungen, Erwartungen und Hoffnungen der betreffenden Frau. Die cognitive Einheit: "Ich bin doch immer gesund gewesen" stellt sich nach dem Auftreten von Symptomen gegen die cognitive Einheit: "Ich beobachte Symptome an mir, die von meinem normalen Körperbefinden abweichen". Die daraus resultierende cognitive Dissonanz (Festinger) versetzt die betreffende Frau in einen Zustand des Ungleichgewichts (Lewin), wenn sie die Bewußtheit, daß es eigentlich notwendig wäre, umgehend den Arzt zu konsultieren, nicht auch in die Tat umsetzt. Dieser Zustand verschlimmert sich, wenn die Widerstände, deren Überwindung sich zum Wiedererlangen des Gleichgewichtszustandes als notwendig erweist, zu stark wird. Zur Erlangung des Gleichgewichts ist also scheinbar ein Zustand eines noch größeren Ungleichgewichts notwendig, da die Patientin ja nicht weiß, ob der Arzt möglicherweise eine schwere Krankheit, eventuell sogar den gefürchteten Krebs, diagnostiziert, dessen langwierige Behandlung ein Andauern des ungesunden, also nicht normalen Körperzustandes deutlich machen würde. Demnach wird eine solche Frau nach Festinger alles versuchen, um mit dem möglichst geringsten Kraftaufwand das Gleichgewicht und die Konsonanz wiederzuerlangen. Sie wird also versuchen, durch Abwehrmechanismen wie Rationalisierungen und Verdrängungen, sowie durch eine gezielte Auswahl an Informationen (z.B. Versicherungen der Harmlosigkeit der Symptome durch Freundinnen und Bekannte) ihre bereits erfolgte Handlung - das Aufschieben der Konsultation - zu rechtfertigen und in Einklang mit ihrem derzeitigen Bewußtsein zu bringen.

Die Verhaltensmöglichkeiten der Patientin vom Auftreten der Symptome bis zur ersten Arztkonsultation sind somit von der Gesamtheit der Bedingungen abhängig, die in diesem Zeitraum

psychologisch wirksam werden. Als verantwortliche Variablen stehen in diesem Prozeß die Persönlichkeitsstruktur und die soziale Situation in wechselseitiger Beziehung zueinander. Persönlichkeitsfaktoren einerseits und die soziale Determinierung der Person andererseits bestimmen die Aktionsfähigkeit im Hinblick auf das Ziel, Krankheitssymptome in ihrer vollen Wertigkeit zu betrachten und umgehend den Arzt zu konsultieren. Mangelnde Kritikfähigkeit und negative Einstellungen, die aus persönlichen Erfahrungen und schichtspezifischen Stereotypen resultieren, bilden in diesem Kräftefeld Widerstände und Barrieren, deren Überwindung nur durch eine gezielte Ansprache und Aufklärung möglich erscheint.

c) Hypothesen:

1. Die Persönlichkeitsstruktur der Patientin spielt eine wesentliche Rolle. Maßgebliche Faktoren für ihr Verhalten beim Entstehen eines Ungleichgewichtszustandes sind vermutlich die Intelligenz, die Fähigkeit zur Selbstkritik sowie ihre konstitutionelle nervöse Disposition, auf psychische Spannungszustände und Konfliktsituationen mit nachhaltigen körperlichen Veränderungen zu reagieren oder nicht zu reagieren. Es ist zu erwarten, daß auch Persönlichkeitsfaktoren wie Extraversion/Introversion, Kontaktfähigkeit und soziale Einstellung ihr Verhalten in spezifischer Weise beeinflussen. Wir wollen unseren Modellen entsprechend annehmen, daß die Patientin, die die Konsultation hinauszögert, über geringere Selbstkritik verfügt und folglich umso eher in der Lage ist, Selbstverteidigungsmechanismen wie Verdrängungen und Rationalisierungen einzusetzen. Es dürfte ihr also schwerfallen, ihren Zustand kritisch einzuschätzen und die Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung zu erkennen. Da das Hinausschieben der Behandlung zudem eine Verlängerung des Ungleichgewichtszustandes, d.h. eine anhaltende Störung des normalen körperlichen Befindens bewirkt, ist zu erwarten, daß die verzögernde Patientin vegetativ stabiler ist, als diejenige

die sofort den Arzt aufsucht, da sie offensichtlich in der Lage ist, diesen Zustand besser zu ertragen und weniger empfindlich zu reagieren.

2. Eine wesentliche Rolle in diesem Geschehen spielt wahrscheinlich auch die soziale Situation der Patientin. Es ist zu erwarten, daß Frauen, die der unteren sozialen Schicht angehören, weniger bewußt und selbstkritisch agieren und eher emotional als Frauen der höheren Schicht. Hinzu kommt die persönliche Belastung durch Haushalt, Kinder, Berufstätigkeit und finanzielle Minderbemittelung, sowie auch die Lage des Wohnortes (Land- oder Stadtgebiet). Frauen, die arbeitsmäßig stark belastet sind, dürften vermutlich eher die Konsultation hinauszögern als Frauen mit geringer Belastung, sei es, daß die Belastung von der Aufmerksamkeit dem eigenen Körper gegenüber ablenkt, oder sei es deshalb, weil sich hier bessere Rationalisierungen der Unentbehrlichkeit anbieten. In diesem Fall werden die Krankheitssymptome vermutlich bagatellisiert und mangelnde Zeit vorgeschoben. Z.T. dürfte aber auch eine unaufgeklärte und unverständige Haltung der Angehörigen eine wesentliche Rolle spielen, die die betreffende Frau im Glauben an ihre Unentbehrlichkeit bestärkt.

3. Starke Barrieren bilden wahrscheinlich aber auch gesellschaftsspezifische Erwartungen und Einstellungen, die das eigene Rollenbild der Frau betreffen. Es ist zu erwarten, daß Frauen, die heute etwa 50 Jahre alt sind, am ehesten die Konsultation verzögern. Verantwortlich mag eine entsprechende Erziehung sein mit dem Idealbild der Frau, die stillschweigend zu leisten hat, was man von ihr fordert. Die autonome Entscheidungsfreiheit ist in ihrem Rollenbild weitgehends reduziert und der Autorität des Partners überlassen. Ihre vornehmlichste Pflicht ist die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben als Hausfrau und Mutter. Sie imponiert durch ihre selbstlose Aufopferung für die Familie. Dieser Aufgabenbereich läßt ihr nur einen relativ kleinen Spielraum für die Beachtung ihrer eigenen Person. Sie selber erwartet, daß man sie am meisten schätzt, wenn sie niemals auffällt.

Die Vorstellung, daß man sie braucht, hat sie soweit in ihr Selbstgefühl introjiziert, daß sie sich selber für unabkömmlich hält und sich ein eventuell längeres Kranksein einfach nicht leisten kann. Hinzu kommt die mangelnde sexuelle Aufklärung dieser Generation, für die das Geschlechtliche weitgehends tabuisiert und mit großer Schamhaftigkeit behaftet ist.

4. Als vierte Hypothese werden vermutlich spezifische Einstellungen zum Arzt im allgemeinen, insbesondere aber zum Gynäkologen eine wesentliche Rolle spielen, kurz, das Bild, das man sich von ihm gemacht hat. Hier gehen z.T. persönlich gemachte Erfahrungen mit Ärzten ein, z.T. aber auch gesellschaftsspezifische Erwartungen.

Es ist zu erwarten, daß die Distanz zum Hausarzt, als einem vertrauten und bei allerhand - oft harmlosen Anlässen - aufgesuchten Menschen, wesentlich geringer ist, als die zum Gynäkologen, der immerhin ein Fachmann ist und als solcher das in unserer Gesellschaft übliche "Image" des Spezialisten hat. Die Angst vor diesem wahrscheinlich eher "kühl" wirkenden und gesellschaftlich sehr hochstehenden Fachmann dürfte vermutlich eine starke Barriere bilden, die die Konsultation erschwert.

Die von uns hypothetisch angenommenen Stimulus- und Organismusvariablen bedingen als Respönsevariablen die frühzeitige oder verzögerte Arztkonsultation.
Danach lassen sich folgende empirische Voraussagen ableiten:

1) Frauen, die nach dem Auftreten von Krankheitssymptomen umgehend den Arzt konsultieren, besitzen die Fähigkeit zur Selbstkritik, d.h. sie sind in der Lage, das eigene Verhalten kritisch zu betrachten und Probleme sachlich zu lösen. Sie gehören der jüngeren Generation an und sind in Ansätzen emanzipiert. Ihre Zugehörigkeit zur höheren sozialen Schicht verringert die soziale Distanz zum Arzt und ermöglicht ein sachorientiertes Verhalten. Der Abbau von Hemmungen in ihrer Einstellung zur Sexualität erleichtert

ihnen die Einsicht in die Notwendigkeit der gynäkologischen Untersuchung. Das Verhältnis zum Ehemann als gleichberechtigten Partner erleichtert die - sachlich orientierte - Auseinandersetzung über die notwendigen Verhaltensweisen zur Lösung des mit den Krankheitssymptomen entstandenen Problems.

2) Frauen, die die notwendige Arztkonsultation lange hinausschieben, agieren aufgrund mangelnder Selbstkritik eher emotional als rational. Sie gehören der älteren Generation an und besitzen aufgrund spezieller Rollenvorstellungen nur geringe autonome Entscheidungsfreiheit. Die Vorstellung vom eigenen Aufgabenbereich führt zu einer Verdrängung der akuten Problematik. Die Zugehörigkeit zur unteren sozialen Schicht bedingt negative Einstellungen gegen den Facharzt und vergrößert die soziale Distenz zum Arzt überhaupt. Die mangelnde sexuelle Aufklärung belastet die Einstellung zur gynäkologischen Untersuchung, die eher peinlich als sachlich notwendig empfunden wird.

3) Frauen, die hinsichtlich der unter 1) und 2) beschriebenen Organismus- und Stimulusvariablen eine Mittelstellung einnehmen, werden den Arzt zwar nicht umgehend aufsuchen, die Konsultation jedoch auch nicht über mehrere Monate hinauszögern. Da sie somit jedoch auch zu den "Verzögernden" gehören, werden sie hinsichtlich dieser Variablen eher zu den unter 2) beschriebenen tendieren.

Aufgabe der empirischen Untersuchung wird es sein, durch den Einsatz spezieller Methoden diese Voraussagen zu überprüfen.

II. A. Methoden der empirischen Untersuchung

1.) Die Stichprobe der Befragten.

Ziel der Untersuchung ist es, Gruppen zu differenzieren. Danach seien die Gruppen, auf die wir uns bei der Darstellung der Ergebnisse beziehen werden, wie nachstehend definiert:

Gruppe	I (n = 30)	=	Nach dem Zufall ausgewählte Patientinnen der Univ.-Frauenklinik Tübingen, die innerhalb von 14 Tagen nach dem Auftreten von Symptomen den Arzt konsultiert haben,
Gruppe	II (n = 30)	=	die den Arzt innerhalb von 1 - 3 Monaten nach dem Auftreten von Symptomen konsultiert haben,
Gruppe	III (n = 40)	=	deren erste Arztkonsultation später als 3 Monate nach dem Auftreten von gynäkologischen Symptomen erfolgte.
Gruppe	IV (n = 30)	=	Kontrollgruppe von Unfallpatientinnen der Chirurgischen Univ. Klinik Tübingen ohne gynäkologische Symptome (gleiche Altersverteilung wie V)
Gruppe	V (n =100)	=	Gesamtstichprobe der Univ.-Frauenklinik (I+II+III)(Alter von 20 - 70 Jahre).
Gruppe	VI (n = 36)	=	Carcinomfälle der Gesamtstichprobe der Frauenklinik.
Gruppe	VII (n = 64)	=	Nichtcarcinomfälle der Gesamtstichprobe der Frauenklinik mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen.

2.) Die angewandten Methoden.

Als Methoden der Differenzierung zwischen diesen Gruppen wurden folgende Techniken angewandt:

a) ein strukturiertes Interview in Fragebogenform.

Es diente neben der Ermittlung von sozialmedizinischen Daten der Erfassung von genauen vergleichbaren Angaben über die Vorgänge der vorangehend beschriebenen Prozesse. Die Proble-

matik dieses Verfahrens lag in der Selektion relevanter Fragen und Kategorien, da die Antwortmöglichkeiten im Fragebogen selbst bereits vorgegeben waren. Die Auswahl dieser Fragen erfolgte aufgrund von eingehenden Voruntersuchungen in Form von ausführlichen Gesprächen. Sämtliche Kategorien wurden in das Code-System des Hollerithverfahrens der Firma IBM übertragen. Der Fragebogen befand sich als Leitfaden jedoch ausschließlich in der Hand des Untersuchungsleiters, so daß der Eindruck eines freien Gespräches für die Patientin weitgehend gewahrt blieb. Die simultane Übertragung der Antworten in die bereits vorgegebenen verkodeten Kategorien erleichterte somit nicht nur die quantitative Auswertung dieses an und für sich weitgehend qualitativen Materials, sondern gewährte zusätzlich eine standardisierte Erhebung der Informationen. Daß mit dieser Methode jedoch im Vergleich zum freien Gespräch mit einigen Informationsverlust zu rechnen ist, soll bei der Auswertung der Ergebnisse voll berücksichtigt werden.

An sozialen Daten wurden erhoben: Alter, Familien-Stand, Anzahl der Kinder, Beruf der Patientin, berufliche Belastung, soziale Stellung des Mannes, das monatliche Einkommen der Familie, die soziale Schichtzugehörigkeit (nach dem Einkommen und dem Beruf des Mannes in 3 Kategorien), die Wohnortgröße, vorhandene Ärzte am Wohnort, bevorzugte Informationsmittel. Ferner wurden erhoben:

Die Häufigkeit des Krankseins, das Verhalten bei Krankheit, Unternehmungen gegen die Krankheit, Verhalten bei Arztkonsultationen, Erfahrungen und Einstellungen zu bisherigen Konsultationen, das medizinische Interesse, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Bekanntheit von Frühsymptomen des genitalen Carcinoms, Quellen aus denen dieses Wissen bezogen wurde.

In weiteren Kategorien wurde versucht, den Prozeß vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Arztkonsultation zeitlich und psychologisch zu erfassen:

Art der erstmals aufgetretenen Symptome, Verstärkung dieser Beschwerden, Verhalten der Patientin nach dem Auftreten dieser

Symptome unseren theoretischen Modellen entsprechend. Verhalten des Ehemannes, Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Arztkonsultation, Zeit von der Verstärkung der Beschwerden bis zum ersten Arztbesuch, Art des zuerst konsultierten Arztes (Hausarzt, Gynäkologe etc.), Verhalten dieses Arztes, Zeitpunkt der Überweisung an den Facharzt oder das Krankenhaus, Gründe für die Einweisung in die Klinik, Zeit vom Auftreten der Symptome bis zur Aufnahme in die Klínik, Gründe für die Verzögerungen zwischen Überweisung und Aufnahme in die Klinik, Einstellung der Patientin zu ihrer jetzigen Krankheit - falls ihr die Diagnose bekannt ist und falls sie ihr nicht bekannt ist - , medizinische Diagnose.

In offener Form wurden der Patientin anschließend folgende Fragen gestellt:

1. "Welches sind nach Ihrer Meinung die Hauptgründe dafür, daß so sehr viele Frauen trotz bestehender Symptome die Arztkonsultation sehr lange hinauszögern?"

2. "Wenn Sie die freie Wahl hätten, würden Sie als Gynäkologen einen Mann oder eine Frau bevorzugen?
Begründen Sie bitte Ihre Entscheidung."

Die 1. Frage sollte durch die Möglichkeit zur Projektion Rückschlüsse auf eigene Motivationen der Verzögerung seitens der Patientin selbst erleichtern.

Die 2. Frage wurde deshalb angeführt, weil sich im Verlaufe der Voruntersuchungen ergeben hatte, daß die Tatsache, daß weitaus mehr Männer als Frauen den Beruf des Gynäkologen ausüben, möglicherweise mit ein Grund dafür ist, daß die Konsultation hinausgezögert wird.

b) Persönlichkeitstest.

Zur Erfassung relevanter Persönlichkeitsfaktoren wurde der Persönlichkeitsteil des kombinierten Persönlichkeits-Interessentests von Mittenecker und Toman (25) durchgeführt. Hierbei wurden der Patientin insgesamt 120 Karten vorgelegt, auf denen Items etwa folgender Art abgedruckt sind: "Im Leben muß sich jeder allein durchsetzen, ohne Rücksicht auf andere", "nicht jeden, den ich kenne, kann ich gut leiden", "beim Anblick von Blut erschrecke ich nicht und es wird mir auch nicht schlecht" etc. Die Patientin erhielt den Auftrag, diese Karten den 3 Kategorien "Stimmt", "Stimmt nicht" und "weder-noch" zuzuordnen.

Die Persönlichkeitsfragen gliedern sich in 9 bipolare Kategorien:
A = Selbstkritik - mangelnde Selbstkritik, B = Soziale Einstellung - unsoziale Einstellung, C = Extraversion - Introversion, D = Nicht neurotisch - neurotisch, E = Manisch - nicht manisch, F = Nicht depressiv - depressiv, G = Nicht schizoid - schizoid, H = Nicht paranoid - paranoid, I = vegetativ stabil - vegetativ labil.
Die Auswertung erfolgte nach einem auf der Rückseite der Karten angebrachten Farbmarkierungssystem unter Auszählung der zu den einzelnen Kategorien gehörenden Markierungen. Das Endergebnis des Tests wird in Zahlen ausgedrückt (siehe im Anhang die letzten beiden Zeilen der Tabelle Z im Testformular) Diese Zahlen werden in den Tabellen X und Y (siehe Anhang) eingetragen und ergeben das Testprofil der Patientin in graphischer Darstellung. Die im Auswertungsbogen angegebenen Wellenlinien stellen Normbereiche dar. Der Testcore einer Patientin kann also im Normbereich, darüber oder darunter liegen.

Die einzelnen Kategorien des Tests bedeuten kurz zusammengefaßt im Sinne der Autoren (25) etwa folgendes:

A = Selbstkritik - mangelnde Selbstkritik:

Die Reaktionen der Patientin auf die zu dieser Kategorie gehörenden Feststellungen "sind sowohl ein Gradmesserfür die bewußte Bereitschaft zur ehrlichen Beantwortung aller Feststellungen des Tests als auch ein gewisses Maß für ihre Fähigkeit, bei vorhandener Bereitschaft, selbstkritische Aussagen über das tatsächliche eigene Verhalten zu machen" (25, S. 3).

B = Soziale Einstellung - unsoziale Einstellung:

Diese Dimension erfaßt die mehr oder weniger bewußte (intellektuelle) Einstellung zur Gemeinschaft, "die zu jenen Menschen, mit denen man in häufigem oder dauerndem Kontakt oder in einem unmittelbaren Abhängigkeitsverhältnis steht. Hier ist jenes soziale Verhalten erfaßt, das mehr durch Erfahrung und Überlegung als durch das Temperament und die unmittelbare emotionale Reaktion auf Mitmenschen formiert worden ist".

C = Extraversion - Introversion:

Diese Kategorie steht in enger Beziehung zu den Kategorien Soziale Einstellung und schizoid - nicht schizoid. Sie prüft die Kontaktnahme, die mehr gefühlsmäßige und organisch - vegetative, also durch das Temperament bedingte Beziehung zur Umwelt und den Mitmenschen. Hiermit sind die unwillkürlich erfolgenden spontanen Reaktionen des Sichhinwendens zur und Sichzurückziehens vor der Umwelt gemeint. Diese Reaktionen erfolgen unter starker emotionaler Beteiligung, wenn sie durch Erfahrung bedingt sind.

Die folgenden Kategorien D - H messen lediglich Tendenzen zu einem als klinischen Syndrom bekannten Verhalten (z.B. Neurose, Manie, Depression, Schizoidie, Paranoia). Ergebnisse, die oberhalb oder unterhalb der Norm liegen, gestatten noch nicht die Diagnose eines solchen klinischen Syndroms, sondern zeigen nur eine gewisse Neigung zu Verhaltensweisen, die in Richtung dieser Syndrome tendieren.

I = Vegetativ stabil - vegetativ labil:

Diese Kategorie mißt die Bereitschaft, auf psychische Spannungszustände und Konfliktsituationen mit nachhaltigen körperlichen Veränderungen zu reagieren. Sie bezieht sich also auf die konstitutionelle nervöse Disposition zu psychischen Störungen.

Reliabilitätskoeffizienten:

Für die einzelnen Kategorien ergaben sich folgende Reliabilitätskoeffizienten: (1. Wert: Selbstkorrelation nach 24 Stunden, 2. Wert nach 3 Monaten).

A	0,91 ; 0,88	F	0,91 ; 0,87
B	0,82 ; 0,73	G	0,83 ; 0,68
C	0,99 ; 0,66	H	0,90 ; 0,82
D	0,94 ; 0,91	I	0,87 ; 0,84
E	0,64 ; 0,49		

Der PI-Test wurde deshalb ausgewählt, weil er sehr ökonomisch in der Anwendung ist (die Patientin kann ihn in aller Ruhe im Bett durchführen) und die Auswertung vollkommen objektiv und relativ schnell erfolgen kann. Die einzelnen Persönlichkeitskategorien wurden ebenfalls in ein Code-System übersetzt, um eine vergleichende statistische Auswertung zu den übrigen Verfahren zu ermöglichen.

c) Das semantische Differential (Polaritätsprofile)

Das semantische Differential ist eine von Charles E. Osgood (29) entwickelte Methode, die es ermöglicht, die Bedeutung, die verschiedene Begriffe für verschiedene Menschen haben, festzustellen, indem man eben diese Begriffe auf festgelegten Skalen einstufen läßt. Dieses Verfahren stellt also im Grunde eine Kombination aus kontrollierten Assoziationen und Skalierungsprozessen dar. Nach dem Autor wird mit dieser Methode die connotative, d.h. emotionale und affektive Bedeutung von Begriffen gemessen. Ein sample solcher Skalen, die durch

Polaritäten wie gut - schlecht, aktiv - passiv etc. gekennzeichnet sind, repräsentiert den semantischen Raum. Mit Hilfe der Faktorenanalyse eliminierte Osgood 3 Hauptfaktoren, die die Dimensionen dieses semantischen Raumes repräsentieren: Die Faktoren Potency, Activity und Evaluation.

Die praktische Anwendung dieser Methode, die von Hofstätter (19) Polaritätsprofil genannt wird, erfolgt folgendermaßen: Die polaren Eigenschaften werden auf einer Skala von 1 - 7 Punkten einem Oberbegriff zugeordnet. Nach Osgood umfaßt ein solches sample meist 24 Eigenschaftspaare. In Anbetracht der Länge unserer Untersuchung schien es jedoch zweckmäßig, sich auf 12 Polaritäten, die insgesamt 8 Oberbegriffen zugeordnet werden sollten, zu beschränken. Nach reiflicher Überlegung und unter Beratung von Professor Hofstätter (persönliche schriftliche Mitteilung) schien es sinnvoll, solche Skalen auszuwählen, die eine möglichst hohe Faktorenladung der 3 von Osgood extrahierten Hauptfaktoren aufwiesen. Diese wurden von uns sinngemäß aus dem Amerikanischen ins Deutsche übersetzt. Dabei wurden jedoch nur solche Skalen ausgewählt, die im übertragenen Sinn relevant waren, um validere Daten zu gewinnen. Da die Struktur bei allgemeinen Begriffen, wie den von uns verwandten (Hausarzt, Frauenarzt etc.) sehr stabil ist, und da es uns ferner hauptsächlich darauf ankam, diese Methode zur Differenzierung der von uns eingeteilten Gruppen einzusetzen, haben wir unter Berücksichtigung der möglichen Kritik dieses Vorgehens (Deese, 8) diesen Weg gewählt.

Wir wollten mit dem semantischen Differential also lediglich feststellen, ob sich die einzelnen Gruppen hinsichtlich der emotionalen und affektiven Bedeutung, die sie bestimmten Begriffen beimessen, unterscheiden. Bei der Auswertung dieser Ergebnisse wollen wir uns daher auf die Prüfung signifikanter Unterschiede der Skalenwerte zwischen den einzelnen Gruppen beschränken.

Die von uns verwendeten 12 Polaritäten lauten:
Stark - schwach, streng - mild, aktiv - passiv, reizbar - ruhig, warm - kalt, männlich - weiblich, offen - verschlossen,

hart - weich, optimistisch - pessimistisch, fortschrittlich - rückständig, langsam - schnell und gut - schlecht.

Sie wurden folgenden Oberbegriffen zugeordnet:

Mein Hausarzt, Frauenarzt, Krankenhaus, Krankheit, meine Familie, mein Ehemann und Ich. Als Instruktion wurde die von Osgood vorgeschlagene benutzt. Sie mußte in einzelnen Fällen bei Patientinnen mit besonders geringer Intelligenz leicht abgewandelt werden, um sie unter Hinzuziehung von praktischen Skalierungsbeispielen aus dem täglichen Leben verständlicher zu machen.

III. Durchführung:

Die experimentelle Untersuchung wurde in den Monaten Juli - September 1968 an 100 neuaufgenommenen Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Tübingen durchgeführt. Zu diesem Zweck wurden unter den täglichen Neuaufnahmen sämtlicher Stationen - mit Ausnahme der Geburtshilfe - nach dem Zufall 2 oder 3 Patientinnen ausgewählt. Die Befragung inklusive der Testdurchführung erfolgte - wenn möglich - allein; war die Patientin nicht in der Lage aufzustehen, am Krankenbett. Von diesen 100 Patientinnen verweigerte nach einer klaren Aufklärung über den Sinn und Zweck der Untersuchung keine die Teilnahme. Eine Befragung dauerte etwa 2 - 3 Stunden. Ursprünglich war es geplant, daß jede der 3 Gruppen (I = Arztgang sofort - 14 Tage, II = Arztgang nach 1 - 3 Monaten, III = Arztgang nach mehr als 3 Monaten) 30 Patientinnen umfassen sollte. Da nach unserer Zufallsauswahl bei 90 befragten Patientinnen jedoch bereits 40 der Gruppe III angehörten und nur 20 der Gruppe I, haben wir noch 10 Patientinnen ausgewählt, die innerhalb von 14 Tagen zum Arzt gegangen waren. Da wir warten mußten, bis in unserer täglichen Zufallsauswahl solche Patientinnen waren, zögerte dieses den Abschluß der experimentellen Untersuchung beträchtlich hinaus.

Anschließend wurde von uns eine Kontrollgruppe von 30 Unfallpatientinnen der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen mit den gleichen Methoden untersucht. Die Kontrollgruppe weist die gleiche Altersverteilung wie die Gesamtstichprobe der Frauenklinik auf.

IV. A. Ergebnisse:

Bei der nun folgenden Darstellung der Ergebnisse* wollen wir zunächst hauptsächlich den Einfluß der einzelnen Merkmale auf den Prozeß der Verzögerung der Arztkonsultation nachweisen. Soweit einzelne Ergebnisse für das genitale Carcinom besonders relevant sind, sollen diese Aspekte ebenfalls berücksichtigt werden. Die spezielle Problematik des genitalen Carcinoms wird jedoch zusammenfassend in einem besonderen Kapitel behandelt werden.

Die Signifikanzwerte der zunächst folgenden Ergebnisse des strukturierten Interviews wurden mit Hilfe des χ^2-Testes errechnet.

---

* Für die Hilfe bei der Aufbereitung und Verarbeitung der statistischen Daten sei Herrn Dipl. Psych. R. Günther, Psychologisches Institut der Universität Tübingen, und Herrn Dipl. Math. G. Schubring, Zentrum für Datenverarbeitung der Universität Tübingen, besonders herzlich gedankt.

a) Ergebnisse des strukturierten Interviews:

1) Sozialmedizinische Daten:

Alter:

Tabelle 1

Altersverteilung der Gruppen

Alter i.J.	Gruppen* I	II	III	IV	V	VI	VII
11 - 20	.03	.00	.00	.01	.01	.00	.01
21 - 30	.20	.10	.05	.11	.11	.03	.16
31 - 40	.33	.26	.28	.28	.28	.13	.36
41 - 50	.24	.34	.33	.31	.31	.28	.33
51 - 60	.10	.17	.22	.17	.17	.28	.11
61 - 70	.10	.13	.12	.12	.12	.28	.03
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

* Die Gruppen seien von nun ab definiert wie auf S. 13.

Tabelle 1 zeigt einen deutlichen Einfluß des Alters auf den Zeitpunkt der Arztkonsultation. Während nur 44 % der Frauen, die sofort den Arzt aufsuchen, über 40 Jahre alt sind, sind demgegenüber 67 % der Frauen, die die Konsultation länger als 3 Monate hinauszögern, älter als 40 Jahre (signifikant auf dem 5 %-Niveau).
Vergleicht man ferner die Gruppe der Carcinompatientinnen (VI) mit der Gruppe mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII), so sind bei den Carcinomfällen sogar 84 % über 40 Jahre alt, bei den Nichtcarcinompatientinnen dagegen nur 47 % (signifikant auf dem 1 %-Niveau).
Die Kontrollgruppe IV weist die gleiche Altersverteilung wie die Gesamtstichprobe V der Frauenklinik auf. Ein Vergleich der Gruppen I und IV zeigt, daß 60 % der Frauen aus Gruppe IV über 40 Jahre alt sind gegenüber 44 % der Frauen aus Gruppe I.

Demnach sind die Frauen, die sofort den Arzt aufsuchen, auch signifikant jünger (auf dem 5 %-Niveau), als die Frauen der Kontrollgruppe.

Nach diesem Ergebnis scheint als erstes Merkmal festzustehen, daß die Patientin, die die Konsultation sehr lange hinauszögert, den Jahrgängen angehört, die heute über 40 Jahre alt sind. Da dieses Merkmal in gleicher Weise für die Carcinomgruppe zutrifft, wird relevant, daß die Gefahr der Erkrankung an einem genitalen Carcinom im vorgeschrittenen Alter noch erhöht wird durch die Neigung, in diesen Altersklassen die Konsultation besonders lange hinauszuzögern.

Familienstand:

Tabelle 2

Familien-Stand	Gruppen I	II	III	IV	V	VI	VII
ledig	.10	.13	.04	.30	.10	.10	.06
verheiratet	.80	.73	.67	.57	.73	.55	.83
verwitwet	.10	.24	.27	.10	.16	.31	.11
geschieden	.00	.00	.02	.03	.01	.04	.00
p	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n	30	30	40	30	100	36	64

Die Wahrscheinlichkeit, daß verheiratete Frauen frühzeitiger zum Arzt gehen als alleinstehende ist bei einem Vergleich der Gruppen I und III statistisch nicht signifikant. Dagegen sind die Frauen unserer Kontrollgruppe signifikant (1 %-Niveau) häufiger alleinstehend als Frauen der Gruppe I und VII.
Ein Vergleich der Gruppen VI und VII zeigt, daß unter den Carcinompatientinnen signifikant (auf dem 1 %-Niveau) häufiger alleinstehende Frauen zu finden sind als in der Gruppe von Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen.

Bedenkt man in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß die Carcinompatientinnen ganz besonders zu denen zählen, die die Konsultation verzögern, so läßt das Ergebnis von Tabelle 2 verschiedene Interpretationen zu:

Die Tatsache, alleine zu sein, mag einerseits einen Mangel an Motivation beinhalten, der eigenen Person Aufmerksamkeit zu widmen, möglich ist jedoch auch andererseits, daß vom Partner ausgehende Impulse fehlen, die Krankheit zu beachten. Als Aspekt für weitere Untersuchungen sei nur angedeutet, daß dieses Ergebnis interessant ist für die Theorie, daß möglicherweise ein Zusammenhang besteht zwischen der Erkrankung an einem Carcinom und der sozialen Isolierung.

Kinderzahl; berufliche Belastung:

Die Verteilung der Kinderzahl zeigt zwischen den Gruppen I, II und III keine signifikanten Unterschiede. Ca. 20 % der Frauen unserer Gesamtstichprobe haben keine Kinder, 40 % 1 - 2 Kinder und 40 % 3 - 5 . Die arbeitsmäßige Belastung und die Einengung der persönlichen Bewegungsfreiheit durch die Kinder scheint somit kein objektiver causaler Faktor für die Verzögerung der Arztkonsultation zu sein, obwohl sich nach unserer Erfahrung dieses Argument als Rationalisierungsmöglichkeit besonders bei den Frauen anbietet, die ohnehin aus anderen Gründen die Konsultation verzögern.

Das gleiche gilt für die berufliche Belastung. Die arbeitsmäßige Inanspruchnahme durch Haushalt und gleichzeitige berufliche Tätigkeit ist in allen 3 Gruppen etwa gleich stark, d.h. ca. 25 % aller Frauen gehen neben dem Haushalt einer beruflichen Tätigkeit nach. Ein Unterschied zwischen den Gruppen liegt jedoch in der Art der Tätigkeit, d.h. Frauen, die innerhalb von 14 Tagen den Arzt aufsuchen, üben eher eine Tätigkeit aus, die geistige Anforderungen stellt, während Frauen der Gruppen II und III eher Berufe haben, die schwere körperliche Arbeit ohne gleichzeitige geistige Inanspruchnahme verlangen. Dieses Ergebnis ist nicht erstaunlich, wenn man auf den Zusammenhang zwischen Intelligenz, sozialer Schicht und beruflicher Stellung hinweist, d.h. Frauen der gehobenen

gesellschaftlichen Schicht üben eher Berufe mit geistigen Anforderungen aus und sind es deshalb im allgemeinen mehr gewohnt, sich bewußt mit Problemen auseinanderzusetzen.

Die soziale Situation:

Nach unseren Hypothesen war die soziale Situation der Patientin einer der wesentlichsten Faktoren.
Hauptmerkmale für diese Kategorie waren: Einkommen der Familie, soziale Stellung des Mannes (oder bei alleinstehenden Frauen die der Frau), soziale Schichtzugehörigkeit und Station in der Klinik (Privat/3.Klasse). Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien haben wir der Übersicht wegen in einer Tabelle zusammengefaßt.

Tabelle 3
Der Einfluß sozialer Merkmale auf den Zeitpunkt der 1. Konsultation

soz. Merkmale	I	II	III	IV	V	VI	VII
Schicht:							
ob. u. mittl.	.80	.32	.32	.33	.44	.42	.46
untere	.20	.68	.68	.67	.56	.58	.54
Einkommen:							
- 600	.03	.17	.20	.20	.12	.31	.04
600 - 1200	.53	.57	.62	.59	.58	.53	.61
1200 u.mehr	.44	.26	.18	.21	.30	.16	.35
Soz.Stellung:							
einf.Arb.,Ang.	.23	.43	.39	.26	.34	.31	.36
mittl.Ang.Beam.	.31	.19	.32	.44	.39	.46	.33
höh.Beam.Selb.	.46	.38	.29	.30	.27	.23	.31
Station:							
Privat	.37	.26	.12	.00	.24	.11	.31
Nicht privat	.63	.74	.88	1.00	.76	.89	.69
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Tabelle 3 zeigt einen deutlichen Einfluß der sozialen Merkmale auf den Zeitpunkt der Arztkonsultation. Danach gehören 80 % der Frauen, die innerhalb von 14 Tagen den Arzt aufsuchen, der höheren Schicht an, von den Frauen, die den Arzt erst später aufsuchen dagegen nur 32 % (signifikant auf dem 1 %-Niveau).

Da wir die soziale Schichtzugehörigkeit definiert haben nach dem Einkommen und der beruflichen Stellung, entspricht die Verteilung in diesen Einzelmerkmalen der prozentualen Verteilung des Merkmals Schicht. Entsprechend dieser Schichtzugehörigkeit liegt die Patientin, die sofort den Arzt aufsucht, nach ihrer stationären Aufnahme in der Klinik auch eher auf der Privatstation als Frauen der Gruppen II und III (signifkant auf dem 1 %-Niveau). Die starke (67 %) Zugehörigkeit zur unteren Schicht bei der Kontrollgruppe wollen wir in diesem Zusammenhang deshalb nicht interpretieren, weil wir mit Genehmigung der Chirurgischen Klinik ausschließlich Patientinnen der 3. Klasse befragen konnten.

Im Hinblick auf unsere Fragestellung bedeutet dieses Ergebnis also folgendes:
Je niedriger die berufliche Stellung des Mannes oder der Frau ist und je geringer das Einkommen, kurz: je niedriger die sozio-ökonomische Schichtzugehörigkeit ist, desto länger zögert eine Frau beim Bestehen von Krankheitssymptomen die Arztkonsultation hinaus.
Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen von Cobb et al. (6) überein, nach denen die verzögernde Patientin über 50 Jahre alt ist und den unteren Gesellschaftsschichten angehört.

Es sei an dieser Stelle bereits auf im folgenden dargestellte Untersuchungsergebnisse verwiesen, die das bestehende Bild vom Arzt betreffen. Dieses Bild ist u.a. auch schichtspezifisch gefärbt. Für die Frau der unteren Gesellschaftsschicht ist der Arzt, und zwar ganz besonders der Facharzt, gesellschaftlich weitaus höherstehend als sie selbst, und die Distanz demnach auch viel größer als für diejenigen Frauen, die der gleichen sozialen Schicht angehören wie der Arzt selbst.

Eine weitere wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang finanzielle Erwägungen, die auch Pack und Gallow (30) wesentlich für die Verzögerung verantwortlich machen. Frauen, die über größere finanzielle Mittel verfügen, besitzen damit nicht nur das subjektive Gefühl größerer Freiheit, sondern verfügen auch über einen objektiv größeren Spielraum bei der Wahl des geeigneten Arztes. Es sei hier auf das Problem der Kassenpatientin verwiesen. Privatpatientinnen können ihren Arzt, auch den Spezialisten, frei wählen. Patientinnen, die auf den Krankenschein angewiesen sind, bringen diesen meist zum Hausarzt (also dem praktischen Arzt), und wagen es oft nicht, energisch eine Überweisung an den kompetenten Facharzt zu verlangen, um sich das Wohlwollen des Hausarztes, auf den sie in mancherlei Situation angewiesen sind, nicht zu verscherzen.

Der Unterschied zwischen Carcinompatientinnen (VI) und Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII) ist hinsichtlich der sozialen Merkmale nicht signifikant. Ein Trend wird jedoch insofern deutlich, als die Carcinompatientinnen eher über ein geringeres Einkommen verfügen, häufiger niedrige soziale Stellungen bekleiden und seltener auf der Privatstation liegen.

Wohngebiet und vorhandene Ärzte am Ort:

Tabelle 4

Einfluß des Wohngebietes und des Vorhandenseins von Ärzten am Wohnort auf den Zeitpunkt der Arztkonsultation

Merkmale	I	II	III	IV	V	VI	VII
Wohngebiet:							
Stadt	.43	.27	.25	.62	.30	.25	.35
Land	.57	.73	.75	.38	.70	.75	.65
Ärzte a. Ort:							
kein Arzt	.27	.33	.18	.17	.25	.22	.26
nur prakt.Arzt	.23	.40	.53	.30	.40	.45	.37
prakt.A.u.Gyn.	.50	.27	.29	.53	.35	.33	.37
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Tabelle 4 zeigt, daß entsprechend dem ländlichen Einzugsgebiet unseres Befragtenortes der überwiegende Teil der Patientinnen unserer Gesamtstichprobe V (70 %) auf dem Land wohnt.
Bei einem Vergleich der Gruppen I, II und III zeigen sich zwar keine signifikanten Unterschiede, doch es wird deutlich, daß der Anteil der Städterinnen am stärksten bei den Frauen der Gruppe I ist. Es scheint also zumindest ein Trend zu bestehen, später zum Arzt zu gehen, wenn man auf dem Land wohnt.

Die Verteilung der Ärzte am Wohngebiet ist eine mögliche Erklärung hierfür. Es zeigt sich, daß etwa die Hälfte der Frauen, die innerhalb von 14 Tagen den Arzt aufsuchen, in der Stadt wohnt und sogar einen Facharzt, in diesem Fall den Gynäkologen, am Wohnort hat, während etwa 2/3 der spät zum Arzt gehenden Frauen in Gebieten wohnt, wo es entweder gar keinen oder nur einen praktischen Arzt gibt. Diese Tatsache, das Fehlen des kompetenten Facharztes, ist besonders relevant

für das Stellen einer einwandfreien Diagnose, für eine rechtzeitige Überweisung in die Klinik und für eine effektive Therapie.

Da die Aufgeklärtheit in medizinischen Fragen und das notwendige Interesse diesem Bereich gegenüber weitere wesentliche Faktoren für die Beachtung von Frühsymptomen sind, haben wir in einem besonderen Fragenkomplex erhoben: Das allgemeine medizinische Interesse, die Kenntnisse von Frühsymptomen des genitalen Carcinoms, die Quellen, aus denen dieses Wissen bezogen wurde und die allgemein bevorzugten Informationsmittel.

Tabelle 5

Medizinisches Interesse

Interessenrichtung	Gruppen I	II	III	IV	V	VI	VII
keinerlei Interesse	.00	.20	.33	.18	.16	.25	.11
Lesen von med. Berichten in Illustrierten und Teilnahme an entspr. Fernsehsendungen	.97	.87	.74	.75	.83	.87	.91
Lesen von popul. wiss.med.Literatur	.23	.12	.13	.14	.17	.13	.21
Interesse für Aufklärungsvorträge	.49	.45	.25	.49	.40	.43	.50
Lesen von med.wiss. Literatur	.19	.00	.02	.13	.07	.05	.08
p =	1.88	1.64	1.47	1.69	1.63	1.73	1.81

(die Ziffern stellen Prozentzahlen derjenigen Frauen innerhalb der Gruppen I - VII dar, die die betreffenden Kategorien bejaht haben. Deshalb ist p = $\geq$ 1.00)

Die Angabe, keinerlei Interesse für medizinische Fragen zu haben, fehlt in Gruppe I völlig, dagegen geben immerhin

20 - 30 % der verzögernden Frauen an, überhaupt kein medizinisches Interesse zu haben. Nahezu 2/3 der Frauen, die die Konsultation verzögern, lesen dagegen medizinische Berichte in Illustrierten oder sehen sich entsprechende Beiträge im Fernsehen an. Das Interesse für Aufklärungsvorträge oder medizinische Literatur, die über feuilletonistische Beiträge in Massenkommunikationsmitteln hinausgehen, ist dagegen eindeutig bei Frauen der Gruppe I höher.

Dieses Ergebnis ist besonders relevant für eine Kritik an der bestehenden Aufklärungsarbeit. Frauen, die sich für Aufklärungsvorträge oder spezielles medizinisches Schrifttum interessieren, gehen deshalb rechtzeitig zum Arzt.
Es gilt jedoch gerade diejenigen Frauen anzusprechen, die die Konsultation lange hinauszögern (Gruppe III) und sich für die spezielle Aufklärung, wie Vorträge und dergleichen, nicht genügend interessieren.
Da Massenmedien wie Illustrierte und Zeitungen insgesamt von etwa 2/3 aller Frauen jedoch in gleichem Maße beachtet werden, böte sich hier eine breite Basis der Informationsmöglichkeit.

Die Leseranalyse 1968 (10), die an einer repräsentativen Stichprobe aller Frauen im Alter von 14 - 70 Jahren in der Bundesrepubik Deutschland einschließlich Westberlin durchgeführt wurde, vermittelt detaillierte Angaben über die genaue Reichweite dieser Medien (leseranalytische Aussagen einschließlich Funk, Fernsehen und Film).

Daß diese Informationsquellen abgesehen von ihrer großen Reichweite bislang jedoch einen äußerst mangelhaften und oft tendenziösen Informationsgehalt vermitteln, wird an den vorhandenen Kenntnissen über Frühsymptome des genitalen Carcinoms deutlich.

Da wir annehmen können, daß die Patientinnen der Frauenklinik, die zum Zeitpunkt der Befragung ja gynäkologisch erkrankt waren, größere Kenntnis von Frühsymptomen hatten als zum Zeitpunkt vor ihrer Erkrankung (bedingt durch die möglicherweise durch den Arzt erfolgte Aufklärung und Beobachtung

Tabelle 6

Kenntnisse der Frühsymptome
des genitalen Carcinoms

Frühsymptome	I	II	III	IV	V	VI	VII
keine	.00	.25	.22	.30	.16	.22	.23
Blutungsanomalien	.83	.70	.70	.45	.74	.79	.74
Ausfluß	.30	.36	.22	.30	.29	.67	.29
Knötchen in d.Brust	.60	.30	.28	.46	.38	.24	.40
Leibesvergrößerung	.06	.06	.02	.03	.03	.03	.04
Gewichtsabnahme	.06	.03	.02	.06	.04	.03	.03

Die Prozentzahlen in dieser Tabelle verhalten sich wie in Tabelle 5.

eigener Symptome), nehmen wir an, daß die Ergebnisse unserer Kontrollgruppe (IV, Patientinnen ohne gynäkologische Symptome) ein besseres Bild der Verbreitung tatsächlich vorhandener Kenntnisse über Frühsymptome des genitalen Carcinoms unter Frauen der für unsere Problemstellung relevanten Altersklassen vermitteln. Nach dieser Annahme müßte ferner die Carcinomgruppe (VI) die am besten informierteste sein, da sie die Vielfalt möglicher Symptome am besten aus eigener Erfahrung kennt.

Von den Frauen unserer Kontrollgruppe kennt fast ein Drittel keine Frühsymptome! Nahezu die Hälfte kennt Blutungsanomalien und Knötchenbildungen, der Ausfluß scheint jedoch wiederum nur 1/3 aller Frauen ein mögliches Frühsymptom. Weitere Frühsymptome sind so gut wie nicht bekannt. Es scheint nicht sinnvoll, hierzu im Vergleich die Gesamtstichprobe der Frauenklinik zu betrachten, da hier die Carcinomfälle miteingeschlossen sind.

Wir wollen daher den Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kenntnissen der Frühsymptome und dem Zeitpunkt der erfolgten Arztkonsultation betrachten. Dabei zeigt sich, daß Frauen, die sofort zum Arzt gehen, besser aufgeklärt sind

als solche, die die Konsultation hinauszögern, von denen immerhin etwa 25 % gar keine Frühsymptome kennen.

Am bekanntesten sind allen 3 Gruppen die Blutungsanomalien. Gerade dieses Symptom läßt jedoch einen besonders breiten Spielraum für die subjektive Interpretation einer Frau zu, es handele sich lediglich um eine "Spielart" des normalen Zyklus. Das gleiche gilt für den Ausfluß. Es sei an den Aberglauben erinnert, von dessen weiter Verbreitung uns wiederholte Aussagen von - vornehmlich älteren - Patientinnen überzeugten, eine Blutung nach der Menopause sei ein Zeichen des Wiedereinsetzens weiblicher Tauglichkeit, oder der Ausfluß sei eine natürliche und notwendige Entschlackung des Körpers.

Entsprechend unseren Erwartungen sind die Ca-Patientinnen über die wesentlichen Frühsymptome zur Zeit der Befragung recht gut informiert. Es wurde jedoch gerade von diesen Patientinnen immer wieder betont, dieses Wissen komme zu spät, da sie es vor dem Beginn der Behandlung nicht gehabt, sondern erst durch die Behandlung erworben hätten.

Zum Vergleich der an unserer Stichprobe gewonnenen Zahlen wollen wir die Ergebnisse einer von der Contest GmbH (Institut für angewandte Psychologie und Soziologie) durchgeführten Repräsentativbefragung (7) über Gesundheit und Krankheitsbehandlung aus der Sicht der Bevölkerung* heranziehen. Danach kennen von 1 200 im Alter von 14 - 70 Jahren befragten Männern und Frauen:

Blutungsanomalien	8,7 %	Männer	20,4 %	Frauen
Schmerzen	14,1 %	"	11,3 %	"
Ungew. Gewichtsben.	9,9 %	"	13,1 %	"
Knötchenbildungen	35,7 %	"	48,9 %	"

Weitere Frühsymptome, wie etwa Ausfluß, werden spontan überhaupt nicht genannt.

* Für die Erlaubnis, diese Ergebnisse zum Vergleich heranzuziehen, sei dem Zweiten Deutschen Fernsehen, Mainz, herzlich gedankt.

Diese Zahlen einer Repräsentativerhebung zeigen deutlich, daß das tatsächliche Wissen um Frühsymptome im allgemeinen noch weit geringer ist als bei den von uns befragten Patientinnen, die durch ihren Klinikaufenthalt aufgeklärter waren.

Angaben der Frauen unserer Untersuchung über die Quellen, aus denen die Kenntnisse über Frühsymptome bezogen wurden, bestätigen, daß etwa 2/3 aller Frauen dieses Wissen aus Illustrierten, Wochenzeitungen und dem Fernsehen bezogen haben. Nur etwa 1/3 erhielt sachliche Informationen vom Arzt oder durch Aufklärungsvorträge.

Somit kommt den Massenmedien eine wesentliche Aufgabe bei der Aufklärung zu. Da zur Zeit jedoch noch eine weit verbreitete Abneigung auf der Seite der wissenschaftlichen Medizin besteht, in Massenmedien, wie z.B. Illustrierten, zu publizieren, sind derartige Beiträge so gut wie niemals von profilierten, anerkannten und bekannten Fachleuten, die auch über eine entsprechende Autorität verfügen, verfaßt. Die Gefahr tendenziöser und unsachlicher Darstellung ist also groß, ebenso mangelt es an der eindrucksvollen Autorität des Informanden.

Ein weiterer in diesem Zusammenhang wesentlicher Faktor ist die Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung und die Teilnahme an einer solchen.

Tabelle 7

Teilnahme an Ca-Präventivuntersuchungen

Vorsorgeuntersuchung	I	II	III	IV	V	VI	VII
keine Kenntnis davon und keine Teilnahme	.13	.27	.23	.37	.21	.28	.17
Kenntnis aber keine Teilnahme	.23	.40	.48	.24	.38	.53	.30
unregelm.Teilnahme	.23	.17	.15	.26	.18	.17	.19
regelm.jährl.Teiln.	.41	.16	.14	.13	.23	.02	.34
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Nahezu 60 % der Gesamtstichprobe der Frauenklinik (V) gehen also niemals zu Vorsorgeuntersuchungen, 18 % gehen in unregelmäßigen Abständen, nur 23 % gehen regelmäßig einmal im Jahr. Von den Patientinnen ohne gynäkologische Symptome (IV) gehen sogar nur 13 % regelmäßig einmal im Jahr zur Vorsorgeuntersuchung. Von den Carcinompatientinnen sind 80 % noch niemals aus Vorsorgegründen zum Arzt gegangen, und nur 2 % haben dieses regelmäßig getan. Auffällig ist dagegen das Zahlenverhältnis bei den Frauen, die sofort mit ihren Symptomen zum Arzt gegangen sind (I). Von ihnen nehmen immerhin 40 % regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil, gegenüber nur 15 % in den Gruppen II und III.

Es sei an dieser Stelle auf die bereits erwähnte Repräsentativbefragung der Contest (7) hingewiesen, nach der sich 78 % aller Frauen in der Bundesrepublik von allen Krankheiten am meisten vor dem Krebsfürchten, nur jede 6. Frau jedoch - nach prophylaktischen Verhaltensweisen befragt - die Vorsorgeuntersuchung in diesem Zusammenhang spontan als ein Mittel erwähnt, dem Krankheitsfall vorzubeugen. Erst bei direkter Befragung spricht sich ein Bevölkerungsanteil von 61,1 % für die Notwendigkeit einer Vorsorgeuntersuchung aus. Berücksichtigt man, daß auch nach unserer Untersuchung nur 23 % Frauen regelmäßig einmal im Jahr an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen, so wird deutlich, daß sich hier ein "gravierender Unterschied zwischen Einstellungen, Ansprüchen oder Wünschen und dem faktischen Verhalten beobachten läßt" (7, S.4).

Wir haben in unseren Ergebnissen die Merkmale Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, soziale Schichtzugehörigkeit und Alter miteinander verglichen. Danach besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und einer entsprechenden Alterszugehörigkeit ($r = + 0,6$) und der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und der entsprechenden sozialen Schichtzugehörigkeit ($r = + 0,6$) in dem Sinn, daß ca. 70 % der Frauen, die regelmäßig einmal im Jahr an einer Präventivuntersuchung teilnehmen, unter 35 Jahre alt

sind, und ca. 70 % von diesen der gehobenen sozialen Schicht angehören (beide Ergebnisse sind sehr hoch signifikant!). Das bedeutet, daß die altersmäßig nicht so gefährdeten Frauen in weit höherem Maße zur Vorsorgeuntersuchung gehen, als die Frauen, die eigentlich nach dem Alter die gefährdeteren sind (ab 35 Jahre). Berücksichtigt man ferner die signifikant häufigere Zugehörigkeit dieser Frauen zur höheren sozialen Schicht, so sind 2 Dinge zu beachten, wenn man durch gezielte Aufklärungsarbeit eine größere Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen gerade bei den altersmäßig gefährdeten Frauen erreichen will: 1. Die mangelnde sexuelle Aufklärung und weitgehende **Tabuierung** des genitalen Bereiches in der älteren Generation, und 2. die Art der Information und Argumentation speziell für die Frauen unterer sozialer Schichten. Daß diese Frauen eher emotional agieren und einer allzu theoretischen Argumentation nicht folgen können und wollen, soll an weiteren Untersuchungsergebnissen, die speziell das Verhältnis zum Arzt und das Bild, das sich eine Patientin von ihm macht, betreffen, bekräftigt werden. Es sei hier auf Untersuchungen von Pauli (32) an der Erlanger Universitäts-Frauenklinik hingewiesen, die ähnliche Zahlenverhältnisse der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zwischen diesem Merkmal und sozialen Merkmalen (Schichtzugehörigkeit, Schulbildung) und dem Alter in dem von uns besprochenen Sinn nachgewiesen haben.

2. Verhalten bei der derzeitigen gynäkologischen Erkrankung:

Da das allgemeine Verhalten einer Frau bei Krankheiten wahrscheinlich relevant ist für ein spezielles Verhalten, in unserem Fall gynäkologischen Symptomen gegenüber, haben wir die Häufigkeit des Krankseins im allgemeinen und das Verhalten in solchen Situationen festgestellt. Hierzu rechnen wir ferner das Verhalten bei Arztkonsultationen im allgemeinen und bisher gemachte Erfahrungen bei diesen Konsultationen hinsichtlich des Bedürfnisses nach Aufklärung über die Symptomatik von Seiten

der Patientin und die Art und Weise der Diagnosemitteilung durch den Arzt. In dem darauf folgenden Abschnitt wollen wir auf die beobachtete Symptomatik der jetzigen gynäkologischen Erkrankung eingehen und das Verhalten der Patientin in diesem speziellen Fall während des Zeitraumes von der Beobachtung erster Symptome bis zur ersten Arztkonsultation beschreiben.

Häufigkeit des Krankseins im allgemeinen:

Die Häufigkeit des Krankseins zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Es scheint somit kein objektiver Faktor gegeben zu sein, der das frühzeitige Aufsuchen des Arztes damit erklären könnte, daß Frauen der Gruppe I durch häufigere Erkrankungen auch häufiger auf ihn angewiesen sind. Da etwa 2/3 aller Frauen angeben, nur äußerst selten krank zu sein, muß das spezielle Verhalten in diesen Fällen von anderen Faktoren als der Häufigkeit der Erkrankung bestimmt werden.

Tabelle 8

Verhalten bei Krankheit im allgemeinen

Verhaltens-möglichkeiten	I	II	III	IV	V	VI	VII
Beachtet die Krankheit nicht	.00	.04	.08	.00	.04	.09	.01
kuriert sich selbst	.20	.60	.48	.70	.43	.53	.38
geht gleich zum Arzt	.67	.23	.27	.27	.38	.26	.44
geht erst zum Arzt, wenn die Beschwerden sehr schlimm werden.	.13	.13	.17	.03	.15	.12	.17
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Tabelle 8 zeigt, daß eine allgemeine Tendenz besteht, sich im Krankheitsfall zunächst einmal selbst zu kurieren. Weniger als 1/3 aller Frauen findet gleich den Weg zum Arzt.

Einzige Ausnahme bilden die Frauen der Gruppe I. Fast 70 % von ihnen geben an, auch im allgemeinen Krankheitsfall sofort zum Arzt zu gehen, von den verzögernden Patientinnen dagegen nur ca. 30 % (signifkant auf dem 5 %-Niveau). Da die Gruppe I durch das Merkmal des sofortigen Aufsuchens eines Arztes bei gynäkologischen Symptomen definiert ist, zeigt sich hier also ein durchgängiges Verhalten, das diese Frauen wesentlich von den Frauen der übrigen Gruppen abhebt.

Tabelle 9

Verhalten bei der Arztkonsulation

Verhaltens-kategorien	Gruppen I	II	III	IV	V	VI	VII
Erkundigt sich nach der Diagnose u. läßt sie sich erklären	.87	.57	.58	.70	.66	.58	.70
an der Diagnose interessiert, aber zu scheu um nachzufragen	.10	.30	.33	.24	.25	.28	.24
an Diagnose nicht interessiert	.03	.13	.09	.06	.09	.14	.06
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Tabelle 9 widerlegt die Behauptung vieler Ärzte, das Gros der Patientinnen sei an einer genauen Erklärung der Diagnose gar nicht interessiert, es komme ihnen lediglich auf die Behandlung an. Nur ein kleiner Prozentsatz ist in allen Gruppen an der Diagnose überhaupt nicht interessiert. An häufigsten dringen Frauen der Gruppe I auf eine genaue Erklärung der Diagnose. Die Scheu, den Arzt von sich aus nach der Diagnose zu befragen, ist am größten in den Gruppen II und III. Diese Tatsache ist dann nicht verwunderlich, wenn man berücksichtigt, daß die Frauen dieser Gruppen in signifikant höherem Maße der

unteren sozialen Schicht angehören. Die Mitteilung der Diagnose scheint bei den Patientinnen aller Gruppen ein gleich großes persönliches Bedürfnis zu sein, nur scheint die Scheu, dieses Bedürfnis durch eine genaue Befragung des Arztes zu stillen, mit zunehmender sozialer Distanz zum Arzt zu wachsen.

Die Contest-Repräsentativbefragung (7) legte u.a. die Frage vor: "Was vermuten Sie, was der Hausarzt von Ihnen denkt?" Danach nehmen 23,8 % an, sie seien in den Augen des Arztes nur ein Fall, 68,3 % glauben, er sehe in ihnen den Menschen, 6,2 % den Krankenscheinlieferanten und nur 1,7 % nehmen an, er sehe in ihnen den gleichberechtigten Partner. Darüber befragt, wie ihr Arzt auf eine schon einmal geäußerte Befürchtung reagiert habe, am Krebs erkrankt zu sein, schildern nur 62 % ein sachliches Verhalten des Arztes, wie etwa eine genaue Untersuchung. Der Rest beobachtete unsachliche Reaktionen wie Auslachen, Verärgerung, Ausreden des Verdachtes und Bagatellisierungen. Angaben darüber, wie der Arzt vermutlich auf eine derartige vorgebrachte Befürchtung reagieren würde, zeigen prozentuell ganz ähnliche Einschätzungen der Reaktionen des Arztes wie derer, die die Erfahrung bereits gemacht haben. Das beweist, daß der Patient das Verhalten des Arztes schon im voraus relativ gut einzuschätzen vermag, daß es aber nicht unbedingt seinen Erwartungen und Vorstellungen entspricht.

Diese Ergebnisse werden durch weitere Ergebnisse unserer Untersuchungen bestätigt, die die bisher gemachten Erfahrungen hinsichtlich der Mitteilung der Diagnose durch den Arzt betreffen.

Tabelle 10

Erfahrungen bei der Arztkonsultation hinsichtlich der Diagnosemitteilung

Kategorien	Gruppen I	II	III	IV	V	VI	VII
Diagnose meistens mitgeteilt und in verst. Weise erläutert	.50	.33	.32	.17	.38	.36	.39
Diagnose knapp mitgeteilt, nicht erläutert	.33	.27	.25	.33	.28	.17	.34
Diagnose nicht mitgeteilt, keine Erläutergn.	.17	.40	.43	.50	.34	.47	.27
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	30	100	36	64

Betrachten wir zunächst das Ergebnis unserer Kontrollgruppe (IV), die wahrscheinlich am ehesten die allgemeine Situation wiederspiegelt, so wird deutlich, daß diese Frauen die schlechtesten Erfahrungen von allen Gruppen bezüglich der Diagnosemitteilung gemacht haben. 50 % dieser Frauen wurde bisher im allgemeinen noch nie eine Diagnose beim Arztbesuch mitgeteilt, etwa ein Drittel erhielt zwar eine Diagnose mitgeteilt, aber in unverständlicher Weise. Ähnliche Erfahrungen haben die Frauen der Gruppen II und III gemacht. Lediglich den Patientinnen der Gruppe I wurde zu 50 % die Diagnose mitgeteilt und in verständlicher Weise erläutert, weitere 33 % erfuhren immerhin die Diagnose, obschon sie nicht erläutert wurde. Berücksichtigt man hier wiederum die überwiegende Zugehörigkeit dieser Patientinnen zur gehobenen sozialen Schicht, so mag die Ursache für diese Erfahrungen darin liegen, daß der Arzt diesen Frauen aufgrund ihrer höheren Schulbildung ein größeres medizinisches Verständnis zutraut oder sich aufgrund der geringeren oder fehlenden sozialen Distanz zu einem eher partnerschaftlichen Verhalten gezwungen fühlt. Eben diese geringere soziale Distanz gibt jedoch auch den Patientinnen ihrerseits einen größeren Mut zum hartnäckigen Nachfragen, wie aus Tabelle 9 zu entnehmen ist.

Man sollte nach diesem Ergebnis jedoch festhalten, daß das subjektive Bedürfnis, genaueres über die eigene Krankheit zu erfahren, bei allen Patientinnen etwa gleich stark ist. Da die Intelligenzkapazität jedoch sicher verschieden ist, liegt es im psycholcgischen Geschick eines jeden Arztes, dieses persönliche Bedürfnis der Patientin in einer ihr angemessenen Weise zu befriedigen. Eine geschickte aufklärende Haltung von Seiten des Arztes bei jeder Erkrankung würde somit zu einem allgemein besseren Verständnis der Notwendigkeit ärztlicher Betreuung führen und zugleich die Distanz zwischen Arzt und Patient in einem für die Therapie zuträglichen Maß verringern. Im Hinblick auf eine Neugestaltung der Prophylaxe kommt also auch der allgemeinen Arzt-Patient-Beziehung in den Fällen eine große Bedeutung zu, die das Verhalten einer Frau für den Fall einer möglichen Erkrankung an einem genitalen Carcinom prägen.

Wir wenden uns jetzt dem speziellen Verhalten der Frau bei gynäkologischen Erkrankungen zu. Es sei nochmals festgestellt, daß die Patientin als Laie nicht beurteilen kann, ob es sich um die Symptomatik einer "harmlosen" Erkrankung oder eventuell um ein genitales Carcinom handelt.

Am Beginn dieses Verhaltenszeitraumes mit seiner speziellen Zeitperspektive steht die Beachtung einer Symptomatik, die vom normalen Körperbefinden abweicht, am Ende die stationäre Aufnahme in die Klinik und die subjektive Auseinandersetzung mit der Bestätigung des Vorhandenseins einer Krankheit, die nur in der Klinik therapeutisch angegangen werden kann.

Tabelle 11

Art der erstmals aufgetretenen Symptome

Symptome	Gruppen I	II	III	VI	VII
keine (Routineuntersuchung)	.07	.00	.01	.00	.05
Blutungsanomalien	.50	.60	.42	.51	.50
Fluor	.20	.25	.35	.29	.25
Schmerzen	.43	.16	.50	.21	.57
Kontaktblutungen	.00	.10	.01	.10	.00
Leibesvergrößerungen	.00	.10	.12	.13	.02
Blut bei Stuhlgang, Wasserlassen	.08	.00	.01	.01	.01
Gewichtsabnahme	.00	.00	.01	.06	.00

Die Prozentzahlen verhalten sich wie in Tabelle 5

In der Ca-Gruppe (VI) und der Gruppe mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII) geben etwa die Hälfte aller Frauen Blutungsanomalien und etwa 1/3 Fluor als beobachtete Erstsymptome an. Über die Hälfte der Frauen von Gruppe VII gibt zudem Schmerzen an, von den Carcinompatientinnen dagegen nur 1/3. Bei den letzteren wurde in keinem Fall die Krankheit bei einer Routineuntersuchung festgestellt, in Gruppe VII immerhin in 5% der Fälle. Kontaktblutungen, Gewichtsabnahme, Blut bei Stuhlgang und Wasserlassen sowie Leibesvergrößerungen werden von Frauen der Gruppe VII so gut wie nicht angegeben, was verständlich ist, da dieses meist typische Ca-Frühsymptome sind. Auffällig sind jedoch die prozentuell geringen Angaben dieser Symptome in der Carcinomgruppe. Dies kann bedeuten, daß diese Symptome allgemein wenig Beachtung finden oder aber einem besonderen Verdrängungsmechanismus unterworfen sind, da derartige Angaben als peinlich empfunden werden. Letzteres gilt in besonderem Maße für die Kontaktblutungen.
Die am häufigsten beobachteten Blutungsanomalien und der Ausfluß zählen jedoch ganz besonders zu den Symptomen, die besonders leicht bagatellisiert werden, da viele Frauen sie für völlig normale Erscheinungen halten.

Erst wenn diese Symptome hartnäckig anhalten oder sich massiv verschlimmern, werden die Verdrängungsmechanismen durch ganz akute Angst oder durch das Eingreifen einer anderen Person überwunden.

Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zum ersten Arztgang:

Da es geplant war, 3 vergleichbare Gruppen von je 3o Patientinnen zu untersuchen (wobei die Gruppen definiert waren nach dem Zeitpunkt der ersten Arztkonsultation), zugleich jedoch auch die zufällige Verteilung dieses Zeitpunktes der ersten Arztkonsultation festgestellt werden sollte, haben wir zunächst 9o Patientinnen nach dem Zufall ausgewählt und ermittelt, wie diese sich auf die Gruppe I, II und III verteilen. Dabei erzielten wir folgendes Ergebnis: Von den unter der Lfd. Nr. 1 - 9o befragten Patientinnen gingen 43,3 % nach mehr als 3 Monaten nach dem Auftreten von Symptomen zum Arzt, 33,3 % nach 1 - 3 Monaten und nur 23,3 % innerhalb von 14 Tagen. Das bedeutete, daß bereits 39 Patientinnen für die Gruppe III befragt waren, jedoch nur 21 der Gruppe I. Wir haben daher unter den weiteren nach dem Zufall ausgewählten Patientinnen noch 9 für die Gruppe I ausgewählt und eine Patientin für die Gruppe III, sodaß diese Gruppe als einzige 4o Patientinnen umfaßt.
Dieses Ergebnis unserer Zufallsstichprobe zeigt, daß entsprechend der nur sehr gering verbreiteten Neigung, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, auch die erste Arztkonsultation trotz massiver Beschwerden nur in etwa 1/5 der Fälle sehr frühzeitig erfolgte.

Welche Art von Verdrängungsmechanismen nun am ehesten nach dem Beachten der ersten Symptome einsetzt, um den Zustand des Gleichgewichtes nicht zu verlieren oder ihn wieder herbeizuführen, zeigt Tabelle 12, die sich auf Aussagen der Patientinnen über ihr eigenes Verhalten nach dem Auftreten von Symptomen bezieht.

Tabelle 12

Verhalten der Patientin nach dem Auftreten von Symptomen

Verhaltenskategorien	I	II	III	VI
geht sofort zum Arzt	.87	.00	.00	.05
hält Beschwerden für geringfügig, hofft auf Besserung ohne Arzt	.48	.56	.58	.58
Aufschieben der Konsultation wegen mangelnder Zeit	.06	.20	.33	.20
Aufschieben der Konsultation um Familie nicht zu beunruh.	.00	.03	.07	.06
Aufschieben der Konsultation wegen zu großer Scham	.03	.36	.50	.59
Aufschieben der Konsultation wegen Angst vor der Diagnose	.16	.53	.58	.67
Sucht Rat bei Bekannten, Ehemann oder Freundin	.40	.53	.37	.50
Sucht auf Anraten einer anderen Person den Arzt auf	.10	.23	.25	.33
die Beschwerden werden so schlimm, daß sich eine Konsultation nicht mehr vermeiden läßt.	.06	.83	.65	.52

Die Prozentzahlen verhalten sich wie in Tabelle 5

Tabelle 12 zeigt, daß das Verhalten der Frauen, die die Konsultation lange hinauszögern, vornehmlich geprägt ist durch Bagatellisierungen der Symptome, durch Scham vor der gynäkologischen Untersuchung und durch Angst vor der Diagnose. Es besteht ferner eine starke Neigung, die Verzögerung mit dem Argument mangelnder Zeit zu rationalisieren, obwohl diese Frauen effektiv nicht mehr belastet sind als andere (s.S. 25, berufliche Belastung). Die Konsultation erfolgt in der überwiegenden Zahl der Fälle erst dann, wenn die Beschwerden unerträglich werden oder der dringende Rat einer anderen Person nicht mehr zu überhören ist.

Da Aussagen über das eigene Verhalten insofern problematisch sind, als sie ein hohes Maß von Bewußtheit voraussetzen, haben wir zusätzlich die Frage gestellt: "Welches glauben Sie sind die Hauptgründe dafür, daß eine Frau die Konsultation hinauszögert?" Damit ermöglichten wir der einzelnen Patientin die Projektion ihrer eigenen Motivationen in die ihrer Meinung nach für die Allgemeinheit geltenden.

Tabelle 13

Angenommene verantwortliche Gründe für die Verzögerung der Konsultation

Verantwortliche Faktoren	Gruppen I	II	III	IV	VI
Scham	.40	.53	.55	.73	.52
Furcht	.50	.50	.40	.50	.50
Gleichgültigkeit	.30	.10	.12	.16	.22
Zeitmangel	.00	.06	.12	.16	.08

Die Prozentzahlen verhalten sich wie in Tabelle 5

Es zeigt sich, daß Frauen, die die Konsultation hinauszögern, Carcinompatientinnen und Patientinnen der Kontrollgruppe die Scham in einem weitaus höheren Maß für verantwortlich halten, als die Frauen der Gruppe I dieses tun. Dabei ist zu berücksichtigen, daß letztere eher den jüngeren Altersklassen angehören, während die Frauen der Gruppen II, III und VI älter sind und aufgrund ihrer Erziehung größere Scheu vor der Sexualität und allem, was damit zusammenhängt, haben.
An zweiter und dritter Stelle folgen nach der Scham Furcht und Gleichgültigkeit, an letzter Stelle der Zeitmangel, der jedoch bezeichnenderweise von Frauen der Gruppe I überhaupt nicht angeführt wird.

Verhalten des Ehemannes:

Tabelle 14

Verhalten des Ehemannes gegenüber den Beschwerden seiner Frau

	(Gruppen(verheiratete)				
Verhaltenskategorien	I	II	III	VI	VII
kein Interesse	.03	.03	.03	.00	.03
bagatellisiert die Beschwerden	.10	.07	.10	.09	.07
ist ungehalten, die Krankheit ist ihm unbequem	.03	.03	.00	.00	.03
stark beunruhigt, ängstigt die Frau mit eigenen Befürchtungen	.06	.17	.12	.14	.10
unterhält sich mit seiner Frau über ihre Symptome und rät ihr, zum Arzt zu gehen	.83	.66	.47	.44	.75
vermittelt ihr das Gefühl, daß bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt für alles gesorgt ist	.26	.20	.28	.11	.25
n =	24	22	27	20	53

die Prozentzahlen verhalten sich wie in Tabelle 5

Diese Ergebnisse zeigen, daß das Verhalten des Ehemannes in diesem Prozeß bislang in ganz unverdienter Weise zu wenig beachtet wurde, denn ein großer Teil der Männer legt offenbar ein sachlich - beratendes Verhalten an den Tag, das die Frau in nicht wenigen Fällen tatsächlich zum Arzt führt. Dabei zeigen sich vor allem die Ehemänner der Frauen aus Gruppe I vorwiegend verständnisvoll und besorgt und geben den sachlichen Rat (83 % !), umgehend den Arzt aufzusuchen. In den Gruppen II, III und VI verhalten sich nur noch weniger als die Hälfte der Ehemänner so. Bei ihnen sind eigene Sorgen und Befürchtungen stärker ausgeprägt.

Erinnern wir uns an das eingangs geschilderte Rollenbild der Frauen dieser Gruppen (II,III,VI), die vorwiegend den älteren Jahrgängen angehören und in der Vorstellung leben, eine für den Partner unersetzliche Kraft zu sein, die auch durch Krankheit nicht ausfallen darf, so wird deutlich, daß im Unterschied zu diesen Vorstellungen der Frau das effektive Verhalten des Ehemannes wesentlich rationaler ist, als es die Frau erwartet, da immerhin etwa die Hälfte aller Männer versucht, einen baldigen Arztbesuch zu erreichen.
Will man durch eine erfolgreiche Prophylaxe aber gerade irrationale Momente im Verhalten der Frau zugunsten von mehr sachorientierten und rational gesteuerten Verhaltensweisen umformen,so könnte hierbei der Ehemann wesentliche Funktionen übernehmen. Das bedeutet, daß nicht nur den Frauen sachliche Informationen über die Möglichkeit der Erkennung von Frühsymptomen vermittelt werden müssen, sondern daß auch die Männer über diese Möglichkeiten aufgeklärt werden sollten. Es ist zu erwarten, daß die bereits jetzt von ihnen ausgehenden Impulse durch sachliche Informationen weiter verstärkt werden.

Wahl des zuerst konsultierten Arztes:

Die Wahl des Arztes stellt ein wesentliches Problem für die Früherkennung des genitalen Carcinoms und die Einleitung der richtigen Therapie dar, denn vom Arzt hängt es ab, ob die richtige Diagnose gestellt und die Patientin im Bedarfsfall möglichst umgehend an die kompetente Stelle (Facharzt oder Klinik) überwiesen wird.

Tabelle 15

Zuerst konsultierter Arzt

	Gruppen					
1. Konsultation	I	II	III	V	VI	VII
praktischer Arzt	.37	.50	.63	.51	.64	.44
Gynäkologe	.53	.47	.33	.45	.33	.51
sonstige Fachärzte	.10	.03	.04	.04	.03	.05
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	100	36	64

Mehr als die Hälfte der Frauen aus Gruppe I konsultiert also mit gynäkologischen Symptomen sofort den Facharzt, in der Gruppe III dagegen nur noch etwa ein Drittel. Das bevorzugte Aufsuchen des praktischen Arztes bei den Frauen, die die Konsultation hinauszögern, ist von besonderer Bedeutung, wenn es auf eine möglichst rasche und fachlich einwandfreie Diagnose sowie auf eine sofortige Behandlung oder Überweisung an den Facharzt ankommt. Diese Voraussetzungen werden bei der Diagnose Carcinom besonders relevant.
Bevor wir jedoch auf die Art der Behandlung eingehen, die durch den praktischen Arzt oder den Gynäkologen erfolgte, wollen wir klären, in welchen Merkmalen sich die Frauen, die primär den Gynäkologen aufsuchen von denen unterscheiden, die sich primär an den praktischen Arzt wenden. Dabei beziehen wir uns auf unsere Gesamtstichprobe (V) der Frauenklinik.
Demnach gehören 7o % von den Frauen, die zunächst den Hausarzt aufsuchen, der unteren sozialen Schicht an, von den Frauen, die sofort zum Gynäkologen gehen, dagegen nur 4o % (signifikant auf dem 1 % Niveau). Ferner sind nur 35 % der Frauen, die zuerst zum Hausarzt gehen, unter 4o Jahre alt gegenüber 45 % von denen, die sich primär an den Gynäkologen wenden (signifikant auf dem 5 % Niveau). 80 % der primär zum Hausarzt gehenden Frauen leben auf dem Land, dagegen nur 58 % von denen, die zuerst den Gynäkologen aufsuchen (signifikant auf dem 5 % Niveau).

Frauen, die primär den Gynäkologen aufsuchen, unterscheiden sich also in folgenden Merkmalen von denen, die sich mit gynäkologischen Symptomen primär an den Hausarzt wenden:
Sie sind jünger, wohnen eher in der Stadt und gehören eher der gehobenen sozialen Schicht an.

Verhalten des zuerst konsultierten Arztes:

Als Verhaltenskategorien haben wir ermittelt, ob eine gynäkologische Untersuchung erfolgte, ob eine Diagnose gestellt und mitgeteilt wurde, welcher Art die Behandlung war und wann die Überweisung an den Facharzt oder die Klinik erfolgte. Die Ergebnisse dieser Kategorien sind in Tabelle 16 vergleichsweise für den praktischen Arzt und den Gynäkologen gegenübergestellt. Wir beziehen uns dabei auf die Gruppen V und VI (Carcinomgruppe).

Tabelle 16

Verhalten

	des praktischen Arztes		des Gynäkologen	
Kategorien	V	VI	V	VI
Gynäkologische Untersuchung:				
ja	.46	.39	.96	.94
nein	.54	.61	.04	.06
Diagnose gestellt und mitgeteilt:				
ja	.33	.14	.78	.60
nein	.67	.86	.22	.40
Behandlung:				
Keine Angabe	.02	.00	.00	.00
medikamentöse	.27	.23	.15	.06
keine, nicht überwiesen	.10	.09	.00	.00
keine, sofort überwiesen	.60	.68	.76	.85
Sonstiges	.01	.00	.09	.09
Überweisung:				
sofort - 14 Tage	.60	.68	.76	.85
14 - 3o Tage	.07	.04	.02	.00
1 - 3 Monate	.12	.18	.14	.09
4 - 6 Monate	.09	.06	.00	.00
7 - 12 Monate	.02	.00	.03	.00
1 Jahr und mehr	.10	.04	.05	.06
p =	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	100	36	100	36

Nur in 46 % der Fälle unserer Gesamtstichprobe erfolgte also eine gynäkologische Untersuchung durch den praktischen Arzt, bei den Ca-Patientinnen sogar nur in 39 %. Demgegenüber wurden jedoch nur 6o % aus Gruppe V sofort an den Facharzt überwiesen, von den Carcinompatientinnen nur 68 %. 24 % von diesen Patien-

tinnen wurden erst nach mehreren Monaten vom praktischen Arzt an den Gynäkologen überwiesen, 4 % sogar erst nach einem Jahr. 23 % der Ca-Patientinnen wurden zunächst vom praktischen Arzt medikamentös behandelt, 9 % erhielten überhaupt keine Behandlung, wurden jedoch auch nicht überwiesen.

Diese Zahlen zeigen eindeutig, daß zumindestens bei den Carcinompatientinnen eine bedeutsame Verzögerung der sofort erforderlichen Therapie stattfindet, die durch den praktischen Arzt verursacht wird. Zudem wurde beim größten Teil der Ca-Patientinnen (86,%) keine Diagnose vom praktischen Arzt gestellt oder mitgeteilt.

Beim Gynäkologen fand dagegen - wie auch zu erwarten - in nehzu allen Fällen eine gynäkologische Untersuchung statt (V: 96 %, VI: 94 %). Die wenigen Fälle, in denen nicht gynäkologisch untersucht wurde, wurden unverzüglich an die Klinik überwiesen. Die Überweisung der Ca-Patientinnen erfolgte im allgemeinen schneller als beim praktischen Arzt. 85 % wurden sofort überwiesen, 9 % erst nach 1 - 3 Monaten, immerhin 6 % jedoch erst nach 1 Jahr. Auch hinsichtlich der Diagnosemitteilung besteht ein Unterschied zwischen dem Verhalten des praktischen Arztes und dem des Gynäkologen. Gegenüber 14 % der Ca-Patientinnen beim praktischen Arzt erhielten immerhin 60 % der Ca-Patientinnen vom Gynäkologen eine Diagnose gestellt und auch mitgeteilt.

Zusammenfassend darf also festgestellt werden, daß bei mehr als der Hälfte der Frauen, die wegen ihrer gynäkologischen Erkrankung zur Zeit der Untersuchung in der Klinik lagen, vom praktischen Arzt bei der ersten Konsultation keine gynäkologische Untersuchung durchgeführt wurde, jedoch nur etwa 60 % mit diesen Symptomen gleich an den Gynäkologen überwiesen wurden. Diese Tatsache ist besonders folgenschwer für die Ca-Patientinnen, von denen über 20 % erst nach mehreren Monaten bzw. sogar erst nach 1 Jahr in die Behandlung des Gynäkologen überwiesen wurden. Da das Verhalten des Gynäkologen vergleichsweise sehr viel sachgerechter ist, gilt es anzustreben, daß der

Hausarzt bei gynäkologischen Symptomen entweder schneller an den Facharzt überweist oder aber daß man erreicht, daß sich die Frauen mehr als bisher mit ihren gynäkologischen Symptomen primär an den kompetenten Fachmann wenden.

Tabelle 17

Gründe, aus denen sich die Patientin in die Klinik begibt oder eingewiesen wird

	Gruppen V	VI
Sie vertraut der Behandlung des Arztes nicht mehr und kommt freiwillig	.05	.03
Sie wird vom Arzt überwiesen, da die Diagnose unklar ist	.36	.36
Sie wird vom Arzt überwiesen, da er die Behandlung selber nicht durchführen kann	.88	.93
Andere Gründe, z.B. ein anderes Krankenhaus ist belegt	.04	.06
n =	100	36

Die Prozentzahlen verhalten sich wie in Tabelle 5

Der weitaus häufigste Grund für eine Aufnahme in die Klinik ist also eine Überweisung durch den Arzt, da er selbst die Behandlung nicht durchführen kann. Ein weiterer wesentlicher Grund ist die Absicherung der Diagnose in immerhin 1/3 der Fälle, da sie dem behandelnden Arzt unklar ist. Gründe für ein freiwilliges Sich-in-die-Klinik-Begeben von Seiten der Patientin sind sehr gering. Bei den meisten Patientinnen scheint der niedergelassene Arzt die Verbindung zur Klinik zu sein, in die man sich erst begibt, wenn dieser es für erforderlich hält.

Tabelle 18

Zeit von der Überweisung bis zur tatsächlichen Aufnahme in die Klinik

	I	II	III	V	VI	VII
sofort bis 14 T.	.60	.67	.75	.68	.94	.53
14 - 3o Tage	.27	.3o	.15	.23	.06	.33
1 - 2 Monate	.03	.03	.05	.04	.00	.06
2 - 3 Monate	.03	.00	.03	.02	.00	.03
4 - 6 Monate	.00	.00	.02	.00	.00	.02
7 - 12 Monate	.03	.00	.00	.01	.00	.02
Keine Angabe	.03	.00	.00	.02	.00	.01
p =	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
n =	30	30	40	100	36	64

Die Verzögerung zwischen Überweisung und Aufnahme in die Klinik ist am geringsten bei den Carcinompatientinnen. 94 % werden innerhalb von 14 Tagen aufgenommen, die restlichen 6 % innerhalb von 4 Wochen. Diese Dringlichkeit der Carcinom-Fälle wirkt sich insofern aus, als Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen unter Umständen länger warten müssen. Auch von ihnen werden jedoch 2/3 innerhalb von 4 Wochen aufgenommen.

Gründe für Verzögerungen zwischen Überweisung und Aufnahme in die Klinik:

Die Zahl der Verzögerungen ist so gering, daß eine prozentuelle Aufgliederung der verantwortlichen Gründe nicht sinnvoll erscheint. Als häufigster Grund wird angegeben, daß zur Zeit der Überweisung kein Platz in der Klinik war. Als subjektive Gründe werden in der Reihenfolge ihres Stellenwertes angegeben: 1. Schwierigkeiten bei der Versorgung des Haushaltes zur Zeit der Abwesenheit, 2. Angst vor einer möglichen Krebsdiagnose und 3. Angst vor der Operation oder Bestrahlung.
Es scheint also besonders sinnvoll, daß die Patientin bereits von dem Arzt, den sie außerhalb der Klinik konsultiert hat, hinlänglich informiert wird, damit sie einerseits die Notwen-

digkeit des Klinikaufenthaltes einsieht, sich jedoch andererseits nicht zu ängstliche Vorstellungen über das macht, was sie dort erwartet. Befürchtungen wie "aus Tübingen kommt niemand mehr zurück", "da kommen nur die unheilbaren Fälle hin" etc. werden vornehmlich von Ca-Patientinnen ausgesprochen und machen eindrücklich klar, daß die Universitäts-Klinik für viele eine Institution ist, die nur dann einspringt, wenn jemandem ohnehin kaum noch zu helfen ist. Es wäre also auch von diesem Aspekt her gesehen notwendig, mehr als bisher positive Informationen über die breiten therapeutischen Möglichkeiten einer solchen Klinik in das Bewußtsein der Bevölkerung zu tragen.

Einstellung zur bestehenden Krankheit:

Am Schluß der Darstellung dieser Ergebnisse steht das spezielle Problem der Einstellung der Patientin gegenüber ihrer derzeitigen gynäkologischen Erkrankung. Informationen über diese Einstellung haben wir durch das offene Gespräch erhalten sowie durch die eher indirekte Methode des Semantischen Differentials, über deren Ergebnisse in dem entsprechenden Kapitel berichtet werden soll.

Die persönliche Einstellung zur derzeitigen Erkrankung, die wir im Gespräch ermittelt haben, ist zunächst wesentlich abhängig von den Kenntnissen der Diagnose. 67 Patientinnen unserer Gesamtstichprobe war die Diagnose bekannt, 33 wußten nichts Bestimmtes sondern hatten lediglich vage Vermutungen.

Wenden wir uns zunächst den Carcinompatientinnen zu (n = 36), da hier schon die Art der Therapie unabhängig von der genauen Kenntnis der Diagnose das Bewußtsein vermittelt, es handele sich um eine ernsthaftere Erkrankung.
Obwohl in keinem der Fälle von einem Arzt der Klinik die Diagnose mitgeteilt worden war, wußte immerhin die Hälfte, daß sie an einem Carcinom erkrankt war. Zum überwiegenden Teil war diesen Patientinnen sogar das Stadium der Erkrankung bekannt. Nachforschungen über die Quellen dieser Kenntnisse ergaben das Bild eines gut funktionierenden Informationsnetzes unter den Patientinnen selbst. Die Rolle des gut informierten, wissenden Laien spielten die Zimmergenossinnen, die sich selbst als "alte Hasen" bezeichneten und aufgrund ihres mehrwöchigen Aufenthaltes

in der Klinik in geschickter Weise Indizienmaterial über die Art der Erkrankung einholten und Schlußfolgerungen aus ihren eigenen Symptomen den neuaufgenommenen Patientinnen mitteilten.
Etwa 1/3 der Patientinnen, die wußten, daß sie an einem Carcinom erkrankt waren, klammerte sich an die Hoffnung, daß es zumindestens ein Carcinom im Frühstadium sei und durch die entsprechende Therapie geheilt werde. Ein weiteres Drittel hatte zwar den Verdacht, es könne sich um ein Carcinom im fortgeschrittenen Stadium handeln, hoffte jedoch dennoch zuversichtlich auf eine Heilung. Etwa 20 % waren dagegen jedoch ausgesprochen pessimistisch, befürchteten das Schlimmste und glaubten auch nicht mehr an eine Heilung.

Die überwiegend optimistischen Äußerungen zur Heilbarkeit konnten jedoch im näheren Gespräch eine vorwiegend niedergedrückte, ängstlich erwartungsvolle Grundstimmung nicht überdecken. Bevor wir die von uns beobachteten psychischen Mechanismen schildern, die im einzelnen Fall zur Bewältigung dieses Konfliktes eingesetzt wurden, möchten wir die Ergebnisse einer speziellen Untersuchung zu diesem Problem mit dem Titel "Carcinom und Psyche" zitieren.

Achté und Vauhkonen (1) untersuchten in Helsinki an 100 Carcinompatienten verschiedener Universitätskliniken den Prozeß der Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung. Sie stellten fest, daß ein großer Teil der Ca-Patienten einen zuversichtlichen Glauben an ihren Arzt sowie an die von ihm ausgewählten Behandlungsmethoden besitzt. Die Patienten bekräftigten immer wieder, wie wichtig es sei, daß "der Arzt selbst dem schwerstkranken Patienten eine Hoffnung lasse und ihn in dieser Hoffnung bestärke, weil ..... ein Leben ohne Hoffnung kein Leben sei" (S. 535). Achté und Vauhkonen stellten ferner fest, daß etwa 2/3 aller Patienten an objektiv feststellbaren psychischen Symptomen wie erhöhter Spannung litten. Etwa bei der Hälfte war eine deutliche Niedergeschlagenheit, seelische Beklemmung und Furcht vor dem Tode spürbar. Bei etwa 1/3 der

Patienten wurden aggressive Züge in verschiedenen Stärkegraden festgestellt.
Der auch in unserer Untersuchung bestätigte, in hohem Maß vorliegende Optimismus wird von den Autoren in Zusammenhang gebracht mit Abwehrmechanismen des Ichs zur Überwindung der schweren persönlichen Bedrückung, die durch das Wissen um die Erkrankung an einem Carcinom bedingt ist.
"Das Carcinom wird oft mit der Vorstellung vom Tod gleichgesetzt. Er kann wie eine Strafe erlebt werden, und er bedeutet vor allem die Separation von der menschlichen Gesellschaft. Die vom Ich erkannten Gefahren werden mit diesen Bedeutungen in Zusammenhang gebracht. Das Ich registriert die Gefahr und signalisiert sie in Form seelischer Beklemmung. Um diese aber in ihrer Stärke zu mildern, entwickelt das Ich verschiedene Abwehrmechanismen" (S. 536). Als solche wurden von den Autoren beobachtet: Verdrängungen, Negierungsverhalten, Umkehrungsverhalten, Reaktionsbildung, Identifizierung, Regression, Projektion und Sublimierung.

In Übereinstimmung mit Achté und Vauhkonen konnten wir bei unseren Patientinnen als häufigsten Abwehrmechanismus die Verdrängung beobachten. 50 % der Patientinnen waren zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung sich nicht darüber im klaren, daß sie an einem Carcinom erkrankt waren. Diese Patientinnen unterließen es auch tunlichst, den Arzt näher nachzufragen. Selbst die Patientinnen, die wußten, daß sie Krebs hatten, vermieden dieses Wort und gaben sich alle Mühe, die Schwere der Krankheit nicht bewußt zu sehen. Als weitere Abwehrmechanismen konnten wir bei unseren Patientinnen besonders die Regression und die Identifizierung beobachten.
Für viele war das Verhalten des behandelnden Arztes, also meist des Stationsarztes, ein Gradmesser ihrer derzeitigen Einstellung. Gab er sich optimistisch, so wirkte sich dieses äußerst positiv auf die Grundstimmung aus, vermochte er die Hoffnung auf eine Wiederherstellung der Gesundheit nicht zu vermitteln, steigerte dieses die depressive Stimmung. Sehr häufig wurde von uns ein Verhalten der Regression beobachtet, eine Rückkehr

der Persönlichkeit zu Verhaltensweisen früherer Entwicklungsstadien. Bei vielen Patientinnen konnte ein Regredieren auf ein frühkindliches Entwicklungsstadium beobachtet werden. Jegliche Verantwortung wurde in die Hände des behandelnden Arztes und des Pflegepersonals gelegt. Die Erwartungen dieser Patientinnen hinsichtlich eines warmen Umsorgt-, Gehegt- und Gepflegtseins stellten nach unserer Beobachtung besonders für das Pflegepersonal ein ernstes Problem dar.

Auch die Einstellung der Patientinnen, die nicht an einem Carcinom erkrankt waren, aber die Diagnose kannten, war gekennzeichnet von einem massiven Optimismus. Der Zustand des Vorurteils gegen die Klinik scheint nach der stationären Aufnahme durch ein besonderes Zugehörigkeitsgefühl abgelöst zu werden. Dieses Gefühl ist vor allem durch eine Hoffnung auf die Allmacht der klinisch-therapeutischen Möglichkeiten gekennzeichnet.

Von den 33 Patientinnen unserer Stichprobe, die keine Kenntnisse der Diagnose hatten, hegten immerhin 40 % die Befürchtung, es könne sich um Krebs handeln. Etwa 30 % waren von der relativen Harmlosigkeit ihrer Erkrankung überzeugt und vertrauten voll auf die Wirksamkeit der Therapie. Weitere 30 % hielten ihre Krankheit zwar für etwas Ernsthaftes, dachten jedoch nicht an Krebs und vertrauten auf die ärztliche Behandlung.

Diese Ergebnisse zeigen, daß ein großer Teil der Patientinnen über indirekte Informationsquellen verfügt, die das Wissen um die Krankheit zusätzlich der vom Arzt gegebenen Informationen mit beeinflussen. Dieses Wissen ist schwer abgrenz- und faßbar, da es dem Arzt gegenüber meist nicht geäußert wird. Das trifft besonders für die Carcinompatientinnen zu. Da das Ausmaß der Kenntnis der Diagnose gerade aber bei ihnen fast immer zu einer psychischen Symptomatik führt, sollte ihren speziellen Vorstellungen von der Art ihrer Erkrankung bei der Behandlung mehr Beachtung geschenkt werden.

b) Ergebnisse des Persönlichkeitstests:

Der Persönlichkeitsstruktur maßen wir als relevantem Faktor für die Zeitperspektive des Verhaltenszeitraumes vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Arztkonsultation und für die Bewältigung der durch die Verzögerung der Konsultation entstandenen cognitiven Dissonanz in unseren Hypothesen eine wesentliche Bedeutung zu.
Der von uns angewandte Persönlichkeitstest von Mittenecker und Toman (25) sollte ermitteln, welche Persönlichkeitsfaktoren im einzelnen in diesem Prozeß eine besondere Rolle spielen.
Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse dieses Tests auf den einzelnen Skalen der Persönlichkeitseigenschaften für die Gruppen I - VII.

Tabelle 19

Mittelwerte und Streuungen auf den Skalen 1-18 für die Gruppen I-VII

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
1 Mangelnde Selbstkritik	4,8 2,2	6,9 2,5	6,9 2,6	6,1 3,3	6,3 2,6	6,7 2,7	6,0 2,5
2 Selbstkritik	10,1 2,2	8,0 2,3	7,7 2,6	8,8 3,3	8,5 2,6	8,0 2,8	8,8 2,5
3 Soziale Einstellung	10,5 2,0	9,7 2,1	10,2 2,8	9,4 2,4	10,1 2,4	9,7 2,4	10,3 2,3
4 Unsoziale Einstellung	4,4 2,0	5,1 1,9	4,5 2,6	5,4 2,4	4,6 2,2	4,8 2,2	4,5 2,3
5 Extraversion	7,0 2,2	6,3 2,6	6,4 3,1	6,6 2,2	6,6 2,7	6,0 3,0	6,9 2,4
6 Introversion	7,7 2,3	8,4 2,6	8,2 2,9	8,2 2,2	8,1 2,6	8,6 2,8	7,7 2,5
7 Nicht neurotisch	13,1 3,0	13,2 3,5	14,1 3,0	14,3 2,6	13,5 3,2	13,1 3,3	13,8 3,0
8 Neurotisch	6,6 3,0	6,4 3,7	5,3 2,8	5,4 2,7	6,0 3,2	6,2 3,4	5,9 3,0

Fortsetzung von Tabelle 19

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S3	V MW5 S4	VI MW6 S5	VII MW7 S6
9 Manisch	4,7 1,4	4,4 1,8	4,1 1,6	4,0 1,4	4,4 1,6	4,1 1,7	4,5 1,5
1o Nicht manisch	5,2 1,4	5,5 1,8	5,6 1,6	5,8 1,4	5,5 1,6	5,7 1,8	5,3 1,5
11 Nicht depressiv	6,3 1,8	5,6 2,5	5,9 2,3	6,0 2,9	5,9 2,2	5,1 2,3	6,4 2,1
12 Depressiv	3,6 1,8	4,4 2,5	4,0 2,3	4,0 2,9	4,0 2,2	4,8 2,2	3,5 2,1
13 Nicht schizoid	6,8 1,8	6,6 2,3	6,3 2,1	6,5 1,9	6,5 2,1	5,9 2,1	6,9 2,0
14 Schizoid	3,2 1,7	3,3 2,4	3,5 2,1	3,5 2,0	3,3 2,1	3,9 2,2	3,0 1,9
15 Nicht paranoid	6,8 1,7	6,8 1,6	6,8 1,6	6,9 2,1	6,8 1,6	6,9 1,4	6,7 1,7
16 Paranoid	3,1 1,7	3,0 1,8	3,3 2,0	3,1 2,2	3,1 1,8	3,1 1,7	3,1 1,9
17 Vegetativ labil	4,8 2,5	5,8 2,9	4,9 2,6	5,7 2,8	5,2 2,7	5,6 2,8	4,9 2,5
18 Vegetativ stabil	9,9 2,5	9,1 2,9	9,8 2,6	9,2 2,8	9,6 2,7	8,9 2,8	10,0 2,5

Die Signifikanz der Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen auf den einzelnen Skalen wurde mit Hilfe des t - Testes und des χ^2 - Testes geprüft. Dabei ergaben sich signifikante Unterschiede auf folgenden Skalen:

1. Selbstkritik:

Frauen, die innerhalb von 14 Tagen den Arzt konsultieren, haben signifikant mehr Selbstkritik als Frauen, die die Konsultation hinauszögern (Gruppen II und III). Dieser Unterschied ist signifikant auf dem o,1 %-Niveau.

Gruppe II verfügt über weniger Selbstkritik als die Kontrollgruppe IV (signifikant auf dem 5 %-Niveau).

Dieses Ergebnis bestätigt unsere Hypothese, daß Frauen mit größerer Selbstkritik aufgrund ihrer Fähigkeit, das eigene Verhalten kritisch zu betrachten, eher in der Lage sind, den Zustand beim Auftreten von Krankheitssymptomen so kritisch zu beurteilen, daß er eine sofortige ärztliche Hilfe notwendig macht. Dementsprechend sind die Frauen der Gruppe II und III aufgrund ihrer mangelnden Kritikfähigkeit sich selbst und ihrer Situation gegenüber nicht in der Lage, den durch die Krankheitssymptome entstandenen Ungleichgewichtszustand bewußt durch ein sachlich orientiertes Verhalten in einen Zustand des Gleichgewichts umzuwandeln. Sie erreichen dieses scheinbar durch Abwehrmechanismen wie Verdrängungen und Rationalisierungen.

2. Soziale Einstellung:

Frauen der Gesamtstichprobe der Frauenklinik (V) verfügen über eine bessere soziale Einstellung als die Vergleichsgruppe (IV) der Chirurgischen Klinik. Dieses Ergebnis ist signifikant auf dem 5 %-Niveau. Untergliedert in die Gruppen I, II und III haben die sehr früh und sehr spät zum Arzt gehenden Frauen ebenfalls eine bessere soziale Einstellung als die Kontrollgruppe (signifikant auf dem 5 % -Niveau).

Da die Dimension soziale Einstellung die mehr oder weniger bewußte Einstellung zu den Mitmenschen im weiteren Sinn mißt, die eher durch Erfahrung und Überlegung als durch das Temperament formiert worden ist, wollen wir dieses Ergebnis folgendermaßen interpretieren:
Frauen, die sofort zum Arzt gehen, agieren nach unseren Ergebnissen vorwiegend rational. Ihr Verhältnis zur Umwelt ist durch Überlegung der Einbeziehung möglicher und sinnvoller zwischenmenschlicher Kommunikation geprägt. Hierin ist auch die Inanspruchnahme fachlicher Kompetenz zur Behebung persönlicher Schwierigkeiten, in diesem Fall der Krankheitssymptome durch den Arzt, miteinbezogen. Es sei daran erinnert, daß sich diese Frauen sogar bevorzugt an den Facharzt wenden.
Frauen, die den Arzt erst sehr spät konsultieren, waren nach unseren bisherigen Ergebnissen durch ein eher emotional bestimmtes Verhalten charakterisiert. Sie gehören vorwiegend den älteren Jahrgängen an, ein wesentlicher Bestandteil ihres Rollenbildes

war durch Selbstaufopferung und ein soziales Sich-für-andere-Einsetzen bestimmt. Dabei wurde die eigene Person in den Hintergrund gestellt, und somit konnte auch die Beobachtung von Krankheitssymptomen nicht zu einer bewußt gesteuerten Wahrnehmung möglicher Hilfeleistung durch die soziale Umwelt (in diesem Fall den Arzt) führen.

3. Die Skalen Extraversion - Introversion, nicht neurotisch - neurotisch, manisch - nicht manisch zeigen keine signifikanten Gruppenunterschiede.

4. Die Skalen depressiv - nicht depressiv, schizoid - nicht schizoid und vegetativ labil - stabil zeigen lediglich signifikante Unterschiede zwischen den Carcinompatientinnen (VI) und Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII). Danach sind die Ca-Patientinnen depressiver ($p = 0{,}01$), schizoider ($p = 0{,}03$) und vegetativ labiler ($p = 0{,}05$) als die Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen.

5. Die Hypothese, daß vegetative Stabilität ein wesentlicher Faktor für das Ertragen von Ungleichgewichtszuständen ist, konnte mit Hilfe des Persönlichkeitstestes nicht verifiziert werden, da sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen I, II und III auf dieser Skala ergaben. Hierfür scheinen vielmehr Faktoren wie Selbstkritik und damit in Zusammenhang stehend die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit von wesentlicher Bedeutung zu sein.

c) Ergebnisse der Polaritätsprofile:

Die Tabellen 2o - 26 geben die mittleren Skalenwerte und Streuungen der angewandten Profile für die Gruppen I - VII an. Als Signifikanzprüfung der Unterschiede zwischen den Gruppen wurde der t - Test angewandt, da wir mit der Methode des semantischen Differentials lediglich feststellen wollten, ob sich die einzelnen Gruppen auch hinsichtlich ihrer Einstellungen zu den von uns verwandten Oberbegriffen differenzieren lassen. Die einzelnen Skalen sind der Übersicht halber nach ihrer Zugehörigkeit zu den 3 Hauptfaktoren Evaluation, Potency und Activity geordnet.

Tabelle 20

Mittelwerte und Streuungen der Gruppen I-VII auf den Skalen des Profils

Mein Hausarzt

	Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E	offen-	1,7	2,2	2,1	1,9	2,0	2,0	2,0
	verschlossen	1,6	1,9	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7
	optimistisch-	2,6	1,6	1,7	1,6	1,9	1,7	2,1
	pessimistisch	1,7	0,8	0,7	1,0	1,2	0,7	1,4
	fortschrittlich-	1,7	2,1	1,8	1,7	1,9	2,0	1,8
	rückständig	1,3	1,6	1,0	1,4	1,3	1,3	1,3
	gut-	1,4	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,5
	schlecht	0,6	1,2	1,0	1,5	1,0	1,0	1,0
P	stark-	2,3	2,9	2,6	1,9	2,6	2,7	2,6
	schwach	1,7	2,2	1,8	1,1	1,9	2,1	1,8
	streng-	4,6	4,8	4,7	3,8	4,7	4,6	4,8
	mild	2,1	1,9	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	männlich-	2,3	1,7	2,1	2,0	2,0	1,7	2,2
	weiblich	1,6	1,0	1,7	1,5	1,5	1,2	1,6
	hart-	4,2	4,4	3,9	3,6	4,1	4,1	4,2
	weich	1,9	1,9	1,9	1,7	1,9	2,0	1,9
A	aktiv-	1,7	2,0	1,7	1,6	1,8	1,7	1,8
	passiv	1,3	1,9	1,2	0,9	1,4	1,4	1,5
	reizbar-	5,6	5,8	5,6	6,4	5,6	5,8	5,6
	ruhig	2,0	1,7	2,0	1,1	1,9	1,8	2,0
	warm-	2,3	2,4	2,5	2,0	2,4	2,3	2,5
	kalt	1,8	1,8	1,8	1,3	1,8	1,6	1,9
	langsam-	5,4	4,7	5,4	5,1	5,2	5,7	5,0
	schnell	2,1	2,3	1,9	1,9	2,1	2,0	2,1
	n =	30	30	40	30	100	36	64

Signifikante Unterschiede hinsichtlich der Einschätzung des Hausarztes bestehen:

Für den Faktor Evaluation auf der Skala optimistisch - pessimistisch zwischen den Gruppen I und II ($p = < 1\ \%$), I und III ($p = < 1\%$) und I und IV ($p = < 1\ \%$).

Für den Faktor Potency:

1. Auf der Skala stark - schwach zwischen den Gruppen II und IV ($p = < 5\ \%$), III und IV ($p = < 5\ \%$) und V und IV ($p = < 5\ \%$).
2. Auf der Skala streng - mild zwischen den Gruppen IV und V ($p = < 5\ \%$).

Für den Faktor Activity:

Auf der Skala reizbar - ruhig zwischen den Gruppen III und IV ($p = < 1\ \%$) und IV und V ($p = < 1\ \%$).

Demnach ist für die Einschätzung des Hausarztes als wesentlichster Faktor die "Potency" bestimmend. Frauen, die die Konsultation verzögern, dann aber bevorzugt den Hausarzt aufsuchen, schätzen seine fachlichen Qualitäten geringer ein als Frauen der Kontrollgruppe, gleichzeitig halten sie ihn jedoch für menschlich qualifizierter im Sinne eines milden, verständnisvollen Wesens, als letztere es tun.

Tabelle 21

Der Frauenarzt

	Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E	offen-	2,5	1,9	2,8	2,2	2,4	2,9	2,2
	verschlossen	2,0	1,6	2,1	1,9	1,9	2,1	1,8
	optimistisch-	1,9	1,9	1,9	1,7	1,9	2,1	1,8
	pessimistisch	1,1	1,2	0,9	1,2	1,1	1,3	0,8
	fortschrittlich-	1,2	1,3	1,4	1,2	1,3	1,4	1,2
	rückständig	0,5	1,1	0,8	0,5	0,8	1,2	0,5
	gut-	1,8	1,8	1,9	1,8	1,8	1,9	1,8
	schlecht	1,4	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4
P	stark-	1,9	1,4	1,5	2,0	1,6	1,5	1,6
	schwach	1,3	0,6	0,9	1,4	1,0	0,9	1,0
	streng-	2,9	3,8	3,5	4,5	3,4	3,1	3,5
	mild	1,6	2,4	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1
	männlich-	1,9	1,8	2,1	2,7	1,9	1,8	2,0
	weiblich	1,3	1,2	1,5	1,8	1,4	1,4	1,5
	hart-	3,1	3,8	3,4	4,2	3,4	3,3	3,5
	weich	1,7	2,0	1,8	2,0	1,8	1,9	1,8

Forts. S. 63

Fortsetzung von Tabelle 21

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
A aktiv-	1,8	2,0	1,7	2,0	1,8	1,7	1,9
passiv	1,6	1,6	1,2	1,3	1,5	1,2	1,6
reizbar-	5,3	5,9	5,5	6,3	5,6	5,4	5,7
ruhig	2,1	1,7	2,0	1,5	2,0	2,0	1,9
warm-	2,8	2,8	3,6	2,1	3,1	3,5	2,9
kalt	1,9	1,9	2,1	1,5	2,0	1,9	2,1
langsam-	5,8	5,6	5,3	5,0	5,6	5,8	5,4
schnell	1,6	1,9	1,9	2,0	1,8	1,7	1,8
n =	30	30	40	30	100	36	64

Im Profil des Frauenarztes bestehen signifikante Gruppenunterschiede:

Für den Faktor Evaluation:

Auf der Skala offen - verschlossen. Gruppe III hält ihn für verschlossener als Gruppe II ($p = < 5\ \%$).

Für den Faktor Potency:

1. Auf der Skala stark - schwach. Gruppe II hält ihn für stärker als die Gruppen I ($p = 5\ \%$) und IV ($p = < 5\%$).
2. Auf der Skala streng - mild. Gruppe I und V halten ihn für strenger als die Gruppe IV ($p = < 1\ \%$).
3. Auf der Skala männlich - weiblich. Gruppe II hält ihn für männlicher als die Gruppe IV ($p = < 3\ \%$). Gruppe V hält ihn für männlicher als Gruppe IV ($p = 1\ \%$).
4. Auf der Skala hart - weich. Die Gruppen I und V halten ihn für härter als die Gruppe IV ($p = < 5\ \%$).

Für den Faktor Activity:

Auf der Skala warm - kalt. Die Gruppen III und V schätzen ihn kälter ein als die Gruppe IV ($p = 1\ \%$).

Auch die Einschätzung des Frauenarztes ist also in starkem Maße durch den Faktor "Potency" bestimmt.

Demnach schätzen Frauen, die die Konsultation hinauszögern, den Frauenarzt für fähiger ein, als dieses die Frauen der Gruppen I und IV tun. Frauen, die sofort zum Arzt gehen, halten ihn für strenger als die Frauen der Gesamtstichprobe. Diese hält

ihn zudem für männlicher, härter (Potency) und kühler (Activity) als die Frauen der Kontrollgruppe dieses tun. Das gilt für unsere untergliederte Gesamtstichprobe besonders für Patientinnen der Gruppen II und III.

Tabelle 22

Krankenhaus

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E offen-	3,4	3,1	3,4	3,6	3,3	4,1	2,8
verschlossen	2,2	2,2	2,2	2,4	2,2	2,3	2,0
optimistisch-	2,3	1,7	2,0	1,9	2,0	2,2	1,9
pessimistisch	1,2	0,9	1,2	1,6	1,1	1,3	1,1
fortschrittlich-	1,4	1,6	1,3	1,6	1,4	1,4	1,4
rückständig	0,8	1,4	0,9	1,4	1,0	0,9	1,1
gut-	1,9	1,9	1,7	2,0	1,8	1,9	1,7
schlecht	1,3	1,4	1,1	1,4	1,3	1,3	1,2
P stark-	2,1	2,2	1,7	2,3	2,0	2,1	1,9
schwach	1,4	1,8	1,2	1,7	1,5	1,8	1,3
streng-	3,1	3,8	4,1	2,8	3,7	4,2	3,4
mild	2,1	2,2	2,1	1,9	2,2	2,2	2,1
männlich-	4,0	3,8	4,5	4,4	4,1	3,9	4,2
weiblich	2,1	2,1	1,4	1,2	1,8	1,9	1,8
hart-	3,4	4,0	3,9	3,1	3,8	3,9	3,7
weich	2,2	1,9	1,8	1,7	2,0	1,9	2,0
A aktiv-	1,6	1,8	1,5	1,9	1,6	1,6	1,6
passiv	1,2	1,6	1,1	1,5	1,3	1,4	1,2
reizbar-	5,2	5,8	5,7	4,9	5,6	5,2	5,8
ruhig	2,0	1,7	1,6	2,3	1,8	2,0	1,6
warm-	2,7	2,4	2,4	2,7	2,5	2,7	2,4
kalt	1,8	1,9	1,7	1,8	1,8	1,8	1,7
langsam-	5,9	5,4	5,4	4,7	5,5	5,3	5,7
schnell	1,4	2,1	1,9	2,4	1,8	2,0	1,7
n =	30	30	40	30	100	36	64

Das Profil Krankenhaus weist signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen auf folgenden Skalen auf:
Für den Faktor Evaluation:

1. offen - verschlossen. Die Ca-Patientinnen (VI) schätzen es als verschlossener ein als Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII) ($p = < 1\ \%$).
2. optimistisch - pessimistisch. Patientinnen, die die Konsultation hinauszögern (II) halten es für pessimistischer als Frauen, die sofort zum Arzt gehen (I) ($p =< 5\ \%$).

Für den Faktor Potency:

streng - mild. Gruppe III hält das Krankenhaus für milder als Gruppe IV ($p =< 1\ \%$).

Für den Faktor Activity:

langsam - schnell. Für die Gruppen I und V ist das Krankenhaus eher mit der Vorstellung schnell verbunden als für die Gruppe IV (Unfallpatientinnen !) ($p =< 5\ \%$).

Unterschiede zwischen den Gruppen ergeben sich also in erster Linie hinsichtlich der Bewertung. Dabei erscheint die Bewertung des Krankenhauses als Institution bei den Carcinompatientinnen und denen, die die Konsultation hinauszögern, negativer als bei Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen und denen, die früh zum Arzt gehen.
Die fachlichen Qualitäten dieser Institution im Sinne einer guten therapeutischen Behandlung werden nicht unterschiedlich beurteilt. Den verzögernden Patientinnen scheinen die Vertreter dieser Institution jedoch menschlich strenger zu sein als den Patientinnen der Kontrollgruppe. Letztere haben aufgrund ihrer oft langwierigen Krankheit (komplizierte Brüche) mehr den Eindruck, daß der Aufenthalt im Krankenhaus länger dauert, als die Gruppen I und V.

Tabelle 23

Krankheit

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E offen-	3,0	2,3	3,9	3,4	3,1	3,4	3,0
verschlossen	1,9	1,8	2,3	2,3	2,1	2,3	2,0
optimistisch-	2,8	2,8	3,7	2,5	3,2	3,9	2,8
pessimistisch	1,8	2,1	2,4	1,7	2,2	2,4	1,9
fortschrittlich-	1,8	2,0	2,1	2,2	2,0	1,9	2,0
rückständig	1,3	1,3	1,2	1,5	1,3	1,2	1,3
gut-	5,7	5,7	5,1	5,0	5,4	5,9	5,2
schlecht	2,3	2,3	2,5	2,7	2,4	2,1	2,5
P stark-	2,8	2,4	3,0	4,0	2,7	2,4	3,0
schwach	2,2	1,9	2,0	2,0	2,0	2,1	2,0
streng-	2,6	2,7	2,9	3,0	2,8	2,1	3,1
mild	1,8	2,0	1,9	2,0	1,9	1,7	1,9
männlich-	4,4	5,1	5,0	4,5	4,9	5,0	4,8
weiblich	2,1	2,0	1,5	1,7	1,9	1,9	1,9
hart-	2,6	2,3	2,8	3,2	2,6	2,1	2,9
weich	1,9	1,8	2,0	2,2	1,9	1,8	1,9
A aktiv-	2,8	3,6	3,3	3,2	3,2	3,6	3,0
passiv	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,5	2,2
reizbar-	3,5	4,0	3,5	3,9	3,6	3,3	3,8
ruhig	2,3	2,4	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3
warm-	4,1	4,0	3,6	4,0	3,9	4,3	3,7
kalt	2,1	2,0	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9
langsam-	5,2	3,9	3,6	4,2	4,2	3,3	4,6
schnell	2,1	2,5	2,2	2,4	2,3	2,5	2,1
n =	30	30	40	30	100	36	64

Signifikante Unterschiede bestehen

Für den Faktor Evaluation:

1. Auf der Skala offen - verschlossen. Für die Gruppen III und IV ist Krankheit eher mit der Vorstellung verschlossen verbunden als für Gruppe II ($p = < 1\ \%$, $p = < 5\ \%$).
2. Auf der Skala optimistisch- pessimistisch. Gruppe III schätzt Krankheit pessimistischer ein als Gruppe IV ($p = 2\%$),

Gruppe VI mehr als Gruppe VII ($p = < 1\ \%$).
Für den Faktor Potency:

1. Auf der Skala stark - schwach. Die Gesamtstichprobe V und die Untergruppen I, II und III verbinden den Begriff Krankheit eher mit der Vorstellung "stark" als die Kontrollgruppe ($p = < 1\ \%$).
2. Auf der Skala streng - mild. Für Gruppe VI ist Krankheit strenger als für Gruppe VII ($p = 1\ \%$).

Für den Faktor Activity:

Auf der Skala langsam - schnell. Die Gruppen II und III stufen Krankheit als langsamer ein als Gruppe I ($p = \leq 5\ \%$), Gruppe IV ebenfalls mehr als Gruppe VII ($p = < 1\ \%$).

Die Bewertung des Begriffes "Krankheit" ist bei Patientinnen, die die Konsultation verzögert haben und bei den Carcinompatientinnen also negativer als bei den Patientinnen der Kontrollgruppe, den Frauen, die kein Carcinom haben und bei denen, die die Konsultation nicht sehr lange hinauszögern.
Die Kontrollgruppe schätzt die eigenen Fähigkeiten, im Krankheitsfall stark zu sein, im Vergleich zu den anderen Gruppen als besonders gering ein.
Die Carcinomgruppe fühlt sich von der Härte der Krankheit mehr betroffen als die Gruppe von Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen.
Die verzögernden Patientinnen stellen sich den Krankheitsprozeß langwieriger vor als Patientinnen, die sofort zum Arzt gehen.

Es zeigt sich also, daß bei den Frauen, die die Konsultation hinausschieben, negative Vorstellungen von dem Begriff "Krankheit" im Sinne von Barrieren im Prozeß der Verzögerung wirksam werden können.

Tabelle 24

Meine Familie

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E offen-	1,7	1,5	1,4	2,4	1,5	1,5	1,5
verschlossen	1,2	0,9	0,6	2,2	0,9	0,9	1,0
optimistisch-	2,4	2,1	2,3	3,6	2,3	2,4	2,2
pessimistisch	1,7	1,5	1,5	2,1	1,6	1,7	1,5
fortschrittlich-	2,1	1,7	1,7	2,4	1,9	1,7	1,9
rückständig	1,4	1,1	1,0	1,7	1,1	1,1	1,2
gut-	1,2	1,2	1,3	1,5	1,2	1,2	1,3
schlecht	0,4	0,4	0,5	1,0	0,4	0,4	0,5
P stark-	2,1	1,9	2,1	2,8	2,0	2,0	2,0
schwach	1,6	1,2	1,4	1,9	1,4	1,4	1,4
streng-	4,7	4,9	5,1	4,1	4,9	5,1	4,8
mild	2,2	2,2	1,7	2,0	2,0	2,1	2,0
männlich-	3,7	3,6	3,7	3,5	3,7	4,0	3,5
weiblich	2,2	1,9	2,1	1,9	2,0	2,2	1,9
hart-	4,5	4,6	4,6	3,9	4,6	4,7	4,5
weich	1,7	2,2	1,8	2,1	1,9	2,1	1,7
A aktiv-	1,9	1,8	2,0	1,8	1,9	2,2	1,8
passiv	1,5	1,2	1,1	1,5	1,3	1,4	1,1
reizbar-	4,5	4,1	4,5	4,4	4,4	4,1	4,6
ruhig	2,1	2,3	1,9	2,3	2,1	2,4	1,8
warm-	1,5	1,6	1,8	2,3	1,6	1,6	1,6
kalt	0,6	0,6	1,0	2,1	0,8	0,7	0,9
langsam-	5,7	5,5	5,7	5,1	5,6	5,8	5,5
schnell	1,5	2,1	1,4	2,0	1,7	1,7	1,7
n =	30	30	40	30	100	36	64

Signifikante Gruppenunterschiede bestehen:

Für den Faktor Evaluation:

Auf der Skala offen - verschlossen. Die Gruppen III und V schätzen ihre Familie als offener ein als die Gruppe IV ($p = 1\ \%$).

Für den Faktor Potency:

1. Auf der Skala stark - schwach. Gruppe V hält sie für stärker als Gruppe IV ($p = < 5\ \%$).
2. Auf der Skala streng - mild. Gruppe III hält sie für milder als Gruppe IV ($p = 5\ \%$).

Für den Faktor Activity:

Auf der Skala warm - kalt. Die Gruppen I und V halten sie für wärmer als Gruppe IV (p = 5 %).

Tabelle 25

Mein Ehemann

	Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E	offen-	3,0	2,5	2,0	1,4	2,5	2,9	2,3
	verschlossen	2,3	2,4	1,6	0,7	2,1	2,5	2,0
	optimistisch-	3,4	3,1	2,8	1,8	3,1	3,8	2,8
	pessimistisch	2,5	2,4	1,9	0,9	2,2	2,3	2,1
	fortschrittlich-	2,4	2,1	2,0	2,1	2,1	2,4	2,0
	rückständig	1,9	1,5	1,0	1,1	1,5	1,5	1,5
	gut-	1,3	1,2	1,4	1,1	1,3	1,3	1,3
	schlecht	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5
P	stark-	2,8	2,4	2,0	1,9	2,3	2,4	2,3
	schwach	2,0	1,8	1,2	1,7	1,7	1,8	1,7
	streng-	4,3	4,6	4,7	4,6	4,5	4,6	4,5
	mild	2,2	2,3	2,0	2,1	2,1	2,2	2,1
	männlich-	1,6	1,8	1,9	1,5	1,8	2,1	1,7
	weiblich	0,7	1,4	1,2	0,7	1,1	1,4	1,0
	hart-	4,6	5,3	4,5	3,8	4,7	4,8	4,8
	weich	2,0	2,0	1,9	2,0	2,0	2,2	1,9
A	aktiv-	2,7	1,9	2,1	1,9	2,2	2,4	2,1
	passiv	2,0	1,9	1,3	1,7	1,7	2,0	1,6
	reizbar-	4,8	3,5	4,5	4,4	4,3	3,5	4,6
	ruhig	2,4	2,6	2,3	2,3	2,5	2,5	2,4
	warm-	2,3	2,2	1,7	1,5	2,1	2,2	2,0
	kalt	1,8	1,9	0,8	0,5	0,6	1,8	1,5
	langsam-	5,0	5,3	5,6	5,4	5,3	5,6	5,2
	schnell	2,1	2,0	1,7	1,7	1,9	2,0	1,9
n =		24	22	27	21	73	20	53

Signifikante Unterschiede bestehen:

Für den Faktor Evaluation:

1. Auf der Skala offen - verschlossen. Gruppe IV hält ihren Ehemann für offener als die Gruppen I (p = 1 %) und V (p = 5 %).

2. Auf der Skala optimistisch - pessimistisch. Gruppe IV hält ihn für optimistischer als die Gruppen I, II, III und V dies tun (p =< 5 %). Gruppe VI (Ca-Pat.) hält ihn für pessimistischer als Gruppe VII (p = 5 %).

Für den Faktor Potency:

Auf der Skala hart - weich. Gruppe II schätzt den Ehemann weicher ein als Gruppe IV (p = 1 %).

Tabelle 26

Ich

Skalen	I MW1 S1	II MW2 S2	III MW3 S3	IV MW4 S4	V MW5 S5	VI MW6 S6	VII MW7 S7
E offen-	1,6	1,3	2,0	2,5	1,7	1,5	1,8
verschlossen	1,2	0,5	1,9	1,8	1,4	1,1	1,6
optimistisch-	2,0	2,4	2,8	2,6	2,4	2,8	2,2
pessimistisch	1,6	1,9	2,0	1,9	1,9	2,2	1,7
fortschrittlich-	1,6	1,6	2,0	2,0	1,8	2,0	1,6
rückständig	0,8	1,0	1,0	1,2	1,0	1,2	0,7
gut-	1,9	1,7	1,8	2,2	1,8	1,7	1,9
schlecht	1,1	0,9	1,0	1,3	1,0	0,9	1,1
P stark-	2,7	2,5	3,0	3,0	2,7	2,6	2,8
schwach	1,8	1,8	1,9	1,7	1,8	2,0	1,8
streng-	4,6	3,8	4,6	3,9	4,4	4,6	4,2
mild	2,2	2,0	2,1	1,9	2,1	2,1	2,1
männlich-	6,4	6,2	5,9	5,9	6,1	6,1	6,1
weiblich	0,9	1,1	1,2	1,3	1,1	1,1	1,2
hart-	5,6	5,2	5,0	5,3	5,2	5,4	5,1
weich	1,7	1,8	1,9	1,7	1,8	1,7	1,9
A aktiv-	1,8	1,6	1,6	2,4	1,7	1,6	1,7
passiv	1,4	0,9	1,0	1,4	1,1	1,3	1,1
reizbar-	3,4	4,0	3,6	4,2	3,7	3,9	3,5
ruhig	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	2,4	2,0
warm-	1,8	1,7	1,7	2,1	1,7	1,8	1,7
kalt	1,3	0,7	1,0	1,0	1,0	0,8	1,1
langsam-	6,0	6,1	6,1	5,5	6,1	6,0	6,1
schnell	1,0	1,4	1,3	1,6	1,2	1,5	1,0
n =	30	30	40	30	100	36	64

Signifikante Unterschiede bestehen:

Für den Faktor Evaluation:

1. Auf der Skala offen - verschlossen. Die Gruppen I, II und V halten sich für offener als die Kontrollgruppe dieses tut (p = 5 %).
2. Auf der Skala optimistisch - pessimistisch. Die Carcinompatientinnen (VI) halten sich für pessimistischer als die Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen (VII) (p = 5 %).

Für den Faktor Activity:

Auf der Skala aktiv - passiv. Die Gruppen II, III und V halten sich für aktiver als die Gruppe IV (p = 1 %).

Zusammengefaßt ergeben sich nach den Ergebnissen der Polaritätsprofile folgende Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hinsichtlich ihrer Einschätzung der von uns vorgelegten Begriffe:

1. Der Hausarzt wird von den Frauen, die die Konsultation hinauszögern und ihn primär konsultieren (II und III) als menschlich besser beurteilt als von den Frauen, die sofort den Arzt (vorwiegend den Facharzt) aufsuchen (I). Er erscheint ihnen verständnisvoll-milde und Zuversicht ausstrahlend. Seine fachlichen Qualitäten schätzen sie dagegen geringer ein als die des Frauenarztes. Da sie ihn dennoch bevorzugt primär aufsuchen, scheint es ihnen mehr auf die menschliche Seite des Arztes als auf seine fachliche Qualifikation anzukommen.

2. Der Frauenarzt wird demgegenüber von allen Gruppen eher als kühl, streng und sachlich eingeschätzt. Gleichzeitig bestätigt man ihm jedoch einhellig die größeren fachlichen Qualitäten. Frauen, die ihn primär aufsuchen (I), legen also offenbar größeren Wert darauf, daß ihnen eine fachlich einwandfreie Behandlung gewährleistet ist. Das schließt jedoch nicht aus, daß sie sich zusätzlich ein menschlich näheres und wärmeres Verhältnis auch zum Gynäkologen wünschen.

3. Das Krankenhaus strahlt als Institution für die verzögernden Patientinnen weniger Zuversicht aus, als für die früh zum Arzt gehenden Frauen. Für die Carcinompatientinnen

ist es ganz besonders mit der Vorstellung behaftet, daß der Patient aufgrund seiner Anonymität und geringen Bedeutung dort nichts über die Art und den Verlauf seiner Erkrankung erfährt. Für die Patientin, die die Konsultation hinauszögert, bildet also auch die negative Vorstellung vom Krankenhaus als mögliche Folge der Arztkonsultation eine weitere Barriere.

4. Die Krankheit in ihrer allgemeinen Bedeutung ist für die verzögernden Patientinnen und die Carcinompatientinnen stärker mit negativen Eigenschaften behaftet als für die Frauen, die sofort zum Arzt gehen und nicht an einem Carcinom erkrankt sind. Letztere betrachten sie realistischer und optimistischer. Krankheit bedeutet für sie eher ein möglicherweise jederzeit eintretendes, jedoch therapeutisch angehbares Ereignis als ein tragischer Unglücksfall.

5. Frauen der Gesamtstichprobe der Frauenklinik beurteilen ihre Familie als offener, stärker und wärmer als die Frauen der Kontrollgruppe der Chirurgie.

6. Dagegen wird der Ehemann von den Frauen der Kontrollgruppe für optimistischer und offener gehalten als von den Patientinnen der Frauenklinik.
Carcinompatientinnen halten ihren Ehemann für pessimistischer als dies Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen tun.

7. Das Selbstbild der Patientinnen der Frauenklinik ist positiver als das der Frauen der Kontrollgruppe, die sich für verschlossener und passiver halten.
Carcinompatientinnen schätzen sich selbst als pessimistischer ein als Frauen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen.

B Vergleich der Ergebnisse aller Methoden:

a) im Hinblick auf die Verzögerung der Konsultation

Entsprechend unseren Hypothesen zeigten die Ergebnisse der von uns angewandten Methoden die Wirksamkeit von 3 Variablen auf den Prozeß der Verzögerung der Arztkonsultation bei gynäkologischen Symptomen:

1. Situationsvariablen:

Die von uns nach dem Zeitpunkt der ersten Arztkonsultation definierten Gruppen I, II und III unterscheiden sich hinsichtlich des Alters, der sozialen Stellung, des Einkommens, der sozio-ökonomischen Schichtzugehörigkeit, des Wohngebietes und des Familienstandes. Danach lassen sich die einzelnen Gruppen folgendermaßen definieren:
Frauen der Gruppe I sind unter 4o Jahre alt, bekleiden eine höhere soziale Stellung, verfügen über ein überdurchschnittliches Familieneinkommen, gehören der höheren sozialen Schicht an, leben in einem Familienverband und wohnen vorwiegend in der Stadt.
Frauen der Gruppe II nehmen eine Zwischenstellung ein, tendieren hinsichtlich ihrer Merkmale jedoch eher zu Gruppe III. Sie gehören den mittleren Altersklassen von 4o - 5o Jahren an, bekleiden einfache bis mittlere soziale Stellungen, verfügen über ein durchschnittliches Familieneinkommen, gehören der unteren bis mittleren sozialen Schicht an, leben vorwiegend noch in einem Familienverband und leben eher auf dem Land.
Frauen der Gruppe III gehören vorwiegend den älteren Jahrgängen (5o - 7o Jahre) an, sind häufiger alleinstehend, verfügen über ein durchschnittliches bis unterdurchschnittliches Familieneinkommen, bekleiden niedrige soziale Stellungen, gehören vorwiegend der unteren sozialen Schicht an und leben auf dem Land.

2. Persönlichkeitsvariablen:

Frauen, die mit ihren Symptomen sofort zum Arzt gehen, haben größere Selbstkritik als Frauen, die die Konsultation hinauszögern. Das Maß an Selbstkritik steht in enger Beziehung zur

Schichtzugehörigkeit. Frauen der höheren sozialen Schicht haben eher die Fähigkeit, Probleme rational zu bewältigen und z.B. die Einsicht der Notwendigkeit einer sofortigen ärztlichen Therapie umgehend in die Tat umzusetzen.
Frauen der Gruppe II und III gehören dagegen vorwiegend der unteren sozialen Schicht an und sind aufgrund schlechter Schulbildung und mangelnder beruflicher Gewohnheit, sich bewußt mit Problemen auseinanderzusetzen, nicht in der Lage, ihre Situation "vernünftig" zu betrachten. Sie agieren vorwiegend emotional und sind abhängiger von Variablen der Erfahrung und Einstellung.
Frauen der Gruppe I und III verfügen über eine ausgeprägt gute soziale Einstellung. Dieser Faktor steht im Zusammenhang mit der Selbstkritik und speziellen Rollenvorstellungen.

3. Einstellungsvariablen

Einen besonders starken Einfluß auf die Zeitperspektive vom Beachten der ersten Krankheitssymptome bis zur ersten Arztkonsultation üben Einstellungen aus, die z.T. durch persönliche Erfahrung formiert wurden, zum großen Teil aber abhängig sind von gesellschaftsspezifischen Normen und Erwartungen. Als solche Variablen können angesehen werden:

1. Die Einstellung zur gynäkologischen Untersuchung und zur Vorsorgeuntersuchung. Diese Einstellung ist abhängig von der Einstellung zur Sexualität, vom medizinischen Interesse, von Kenntnissen der Frühsymptome und von Erfahrungen bei bisherigen Arztkonsultationen.
2. Die Einstellung zum Arzt, speziell zum Hausarzt und zum Facharzt. Diese Einstellung ist geprägt von bisherigen persönlichen Erfahrungen mit Ärzten, jedoch auch von gesellschaftsspezifischen Stereotypen.
3. Die Einstellung zum Krankenhaus.
4. Die persönliche Einstellung zur Krankheit.
5. Die Einstellung zum Partner und zur Familie.
6. Die Einstellung zur eigenen Person. Hier werden besonders spezielle Rollenvorstellungen relevant.

Hinsichtlich dieser verschiedenen Einstellungen lassen sich unsere Gruppen folgendermaßen unterscheiden:

Frauen der Gruppe I haben ein ausgeprägtes medizinisches Interesse, sind ausreichend über Frühsymptome des genitalen Carcinoms informiert und gehen regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen. Bei bisherigen Arztkonsultationen haben sie die Erfahrung gemacht, daß der Arzt ihnen die Diagnose mitteilt und sie ihnen in angemessener Weise erklärt. Falls er dieses von sich aus nicht tut, bitten sie ihn darum. Sie beurteilen den Hausarzt als menschlich äußerst positiv, schätzen seine fachlichen Qualitäten jedoch gering ein. Sie empfinden den Gynäkologen als menschlich kühl, sachlich und streng, schätzen ihn jedoch als fachlich sehr qualifiziert ein. Aufgrund ihrer Fähigkeit, Probleme rational zu betrachten und sachlich zu lösen ziehen sie seine fachliche Qualifikation vor und suchen ihn deshalb bevorzugt primär auf.
Ihre Einstellung zum Krankenhaus ist eher positiv.
Sie betrachten es als eine Institution, deren Hauptfunktion in einer therapeutisch einwandfreien Behandlung liegt. Krankheit ist für sie ein Problem, das man rational bewältigen kann, indem man die ärztlich-therapeutischen Möglichkeiten mit einbezieht.
Die Einstellung zum Partner ist eher durch das Prinzip der Gleichberechtigung bestimmt. Der Ehemann wird als Gesprächspartner betrachtet, dessen sachliche Hinweise auf ein richtiges Verhalten (sofortiges Aufsuchen des Arztes) akzeptiert werden.

Die Aufgaben im Familienbereich werden nicht als Rationalisierung mangelnder Zeit vorgeschoben oder als Mittel der Selbstaufopferung betrachtet.
Die eigene Person wird nicht so sehr als altruistischer Einsatz für die Familie angesehen sondern eher rational in ihren eigenen Anforderungen und Bedürfnissen berücksichtigt.

Frauen der Gruppe II ähneln in ihren Einstellungen so sehr denen der Gruppe III, daß sie mit dieser Gruppe gemeinsam beschrieben werden sollen.

Frauen der Gruppe II und III haben ein geringes medizinisches Interesse, sind kaum über Frühsymptome informiert und nehmen die Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung so gut wie gar nicht wahr. Bei bisherigen Arztkonsultationen haben sie die Erfahrung gemacht, daß der Arzt ihnen nur spärliche Informationen über die Krankheit vermittelt, obwohl ihr Bedürfnis nach genauen Informationen groß ist. Sie beurteilen den Hausarzt als menschlich sehr

positiv, fachlich jedoch nicht so qualifiziert. Da sie im allgemeinen eher emotional agieren, suchen sie ihn dennoch vorwiegend primär auf. Ihre Einstellung zum Krankenhaus ist negativ. Sie betrachten es als eine Institution, auf die man zwar angewiesen ist, in die man aber wenig Vertrauen setzt. Speziell die Universitätsklinik hat für sie das Image einer Institution für hoffnungslose Fälle. Krankheit ist für sie ein Unglück, das man entweder verdrängt, verharmlost oder pessimistisch erträgt. Familie und Ehemann verkörpern das Ziel spezieller Rollenvorstellungen, in denen die Pflichten als Hausfrau und Mutter Hauptaufgabe sind.
In der Erziehung dieser Frauen wurde die Sexualität weitgehend tabuisiert. Die Einstellung zur gynäkologischen Untersuchung ist somit von großer Schamhaftigkeit bestimmt.
Die eigene Person wird in den Hintergrund gestellt. Ihre vornehmlichste Pflicht ist die Selbstaufopferung für die Umwelt.

Diese 3 Variablen beeinflussen in gegenseitiger Wechselwirkung und unterschiedlicher Ausprägung die Zeitperspektive des psychologischen Feldes, in dem die einzelne Frau vom Beginn des Auftretens der ersten Symptome bis zur ersten Arztkonsultation agiert, und in dem sie je nach den psychologischen Bedingungen dieser Wechselwirkung versucht, ihr Gleichgewicht zu erhalten oder wiederzuerlangen.
Da ein echtes Gleichgewicht jedoch nur durch eine möglichst baldige Arztkonsultation erlangt werden kann, wollen wir in einem speziellen Kapitel auf eine Gruppe von Patientinnen eingehen, bei denen die Verzögerung der Konsultation als eine nicht sachgerechte Lösung des Konfliktes besonders folgenschwer ist: die Carcinompatientinnen.

b) Vergleich der Ergebnisse aller Methoden im Hinblick auf das genitale Carcinom.

Von den Carcinompatientinnen unserer Gesamtstichprobe der Frauenklinik konsultierten nur 1o % innerhalb von 14 Tagen nach dem Auftreten von Symptomen den Arzt, 4o % warteten bis zu 3 Monaten, 5o % verschoben die Konsultation länger als 3 Monate.
Eine besondere Erschwerung der Therapie dieser Krankheit liegt

also darin, daß diese Patientinnen ganz besonders zu den Frauen zählen, die von sich aus die Therapie durch eine Verzögerung der Konsultation komplizieren. Insofern treffen auf die Carcinompatientinnen auch diejenigen Situationsvariablen zu, nach denen wir die verzögernden Patientinnen definiert haben.

Nach den Ergebnissen des Persönlichkeitstests haben die Ca-Patientinnen einen eindeutigen Mangel an Selbstkritik. Sie sind zudem depressiver, schizoider und vegetativ labiler als Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen. Berücksichtigt man ferner die Tatsache, daß sie auch häufiger alleine leben, so bieten sich zwei Ansätze der Interpretation dieser Ergebnisse:

1. Die Auseinandersetzung mit der mehr oder weniger bewußt gewordenen Tatsache, an einem Carcinom erkrankt zu sein, erzeugt eine schwere Beeinträchtigung des Lebensgefühls und führt zu einer Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens. Die starke Depressionsneigung, die schizoiden Tendenzen und die vegetative Labilität sind ein Ausdruck der psychodynamischen Auseinandersetzung der Person mit dieser als eine persönliche Bedrohung empfundenen Krankheit. Aufgrund der sozialen Isolierung und Vereinsamung mangelt es an Partnerimpulsen, die den Lebenswillen stärken und neuen Antrieb geben. Die mangelnde Selbstkritik erleichtert das Wirksamwerden von Verdrängungsmechanismen.

2. Die im Test ermittelten Persönlichkeitsfaktoren depressiv, schizoid und vegetativ labil sind schon vor der Erkrankung vorhanden und werden im Sinne einer Disposition für das Entstehen eines Carcinoms wirksam. Das häufige zeitliche Zusammentreffen von Verlust eines Partners und Auftreten eines Carcinoms wäre auffaßbar als eine Art der Selbstzerstörung der Persönlichkeit, die aufgrund eines ohnehin leicht störbaren und mangelhaften Lebenswillens in ihrer Situation der sozialen Isolierung dem Leben keinen Sinn mehr zu geben vermag. Diese Hypothese müßte durch empirische Untersuchungen überprüft werden etwa in der Art, wie Eysenck (11) sie beschreibt. Er berichtet von einer epidemiologischen Unter-

suchung zweier ländlicher Bezirke, die von dem schwedischen Arzt O. Hagnell durchgeführt wurde, der als erster bestimmte Persönlichkeitstypen mit Krebs in Verbindung brachte. 2550 Einwohner wurden überprüft, indem man im Verlaufe eines ausführlichen Interviews auch den Persönlichkeitstyp ermittelte. 10 Jahre später wiederholte man dieses und prüfte die Krankengeschichte jedes Einzelnen. Hagnell stellte fest, daß ein auffällig hoher Prozentsatz von Frauen, die in den 10 Jahren an Krebs erkrankt waren, zu Beginn als extravertiert eingestuft worden war. Eysenck berichtet weiter über Konstitutionsuntersuchungen des amerikanischen Psychologen K.H. Sheldon. Dieser stellte fest, daß Patientinnen mit Brust- oder Unteruscarcinom am auffälligsten pyknisch-athletische Merkmale zeigten. In einer eigenen Untersuchung fand Eysenck zusammen mit D.M. Kissen (11), daß in 2 Gruppen von psychosomatisch gestörten Patienten die an Krebs erkrankten extravertierter waren als die nicht an Krebs erkrankten. Gleichzeitig waren die Krebspatienten weniger neurotisch. Coppen und Metcalfe (zitiert nach 11) fanden ebenfalls einen starken Zusammenhang zwischen Krebs und Extraversion. Sie kamen aufgrund ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß gewisse konstitutionelle Faktoren den Menschen für bösartige Tumoren anfällig machen. Demnach kann die Extraversion ein Kennzeichen dieses konstitutionellen Unterschiedes sein, der ebenfalls mit dem Körperbau und dem Hormonhaushalt in Zusammenhang stehen dürfte.

Die hier angeführten Untersuchungen zeigen erste Ansätze für weitere empirische Untersuchungen neuer Faktoren der Carcinomentstehung. Die Anzahl dieser Untersuchungen ist vorerst noch klein. Die Ursache für die bescheidenen Ansätze auf diesem Gebiet liegt nach Eysenck in dem "geringen Interesse für die Vorstellung, daß konstitutionelle Faktoren auf Krankheiten allgemein und auf Krebs im besonderen einwirken. Das Interesse der zeitgenössischen Medizin gilt vielmehr der Entdeckung und der Natur von Krankheitserregern als der Betrachtung des infizierten Organismusses" (11, S.105).

Der Wert dieser Untersuchungen wäre im Hinblick auf die Prophylaxe dann von besonderer Bedeutung, wenn es gelänge, aufgrund breiter, persönlichkeitsspezifischer Untersuchungen Voraussagen über die Anfälligkeit bestimmter Personengruppen zu treffen.

Hinsichtlich ihrer durch persönliche Erfahrungen und gesellschaftsspezifische Erwartungen geformten Einstellungen lassen sich die Carcinompatientinnen folgendermaßen beschreiben:
Die persönliche Einstellung zum Arzt ist geprägt durch ein starkes Bedürfnis nach einer warmen, vertrauensvollen zwischenmenschlichen Beziehung, was angesichts der persönlichen und sozialen Isolierung nicht erstaunt. Erwartungen hinsichtlich der fachlichen Qualifizierung des Arztes stehen dabei durchaus hinter diesen emotionalen Bedürfnissen. Da der Hausarzt diesen Bedürfnissen eher entspricht und die Distanz zum Gynäkologen als einem spezialisierten Fachmann andererseits sehr groß ist, wird das bevorzugte Aufsuchen des praktischen Arztes durch diese Frauen verständlich. Bedenkt man jedoch, daß diese Patientinnen schon von sich aus durch eine oft sehr lange Verzögerung der Arztkonsultation die Einleitung der notwendigen Therapie erschweren, so kommt als folgenschwerer Umstand hinzu, daß der praktische Arzt nun auch noch seinerseits bei etwa einem Drittel der Carcinompatientinnen durch falsche Behandlung oder zu späte Überweisung die sachlich richtige Behandlung verzögert.

Die Vorstellungen vom Krankenhaus, speziell von der Universitätsklinik, sind bei den Carcinompatientinnen eindeutig negativ. Sie betrachten sie als eine anonyme Maschinerie, in deren "Räderwerk" geraten man sich als hoffnungslosen Fall ansieht. Es ist ein weitverbreiteter Brauch unter diesen Patientinnen, die Notwendigkeit des Klinikaufenthaltes vor Nachbarn und Bekannten zu verheimlichen, da man befürchtet, damit implizit als "Krebskranker" sozial degradiert und isoliert zu werden.

Eine nicht minder große Barriere ist die Einstellung zur Sexualität und spezielle Vorstellungen von der Rolle der Frau. Das Tabu der Sexualität und die Einbeziehung des gesamten Genital-

bereiches in dieses Tabu sind Produkt einer Erziehung, deren Wesen eine Patientin in die Worte kleidete: "Ich wundere mich heute nicht mehr, daß ich mich so geniere, ich habe ja meine eigenen Eltern niemals unbekleidet gesehen, es sei denn ihre Füße". In diesem Zusammenhang erstaunt es daher nicht, daß gerade die Carcinompatientinnen die Scham als wesentlichsten Grund für die Verzögerung der Konsultation angeben. Das Tabu der Sexualität ist zudem in eine Persönlichkeit integriert, die von der Vorstellung bestimmt ist, sie erhalte ihren Wert und ihre Bestätigung durch die selbstlose Aufopferung für andere

Das Zusammenspiel dieser Faktoren schafft ein Feld psychologischer Bedingungen, in dem ganz besonders für die Carcinompatientinnen Barrieren aufgebaut sind, die sie aus eigener Kraft nicht überwinden können. Eine Möglichkeit äußerer Hilfestellung bei der Überwindung dieser Barrieren sehen wir in einer gezielten Prophylaxe. Hauptaufgabe dieser Prophylaxe muß es sein, unter Berücksichtigung aller genannten Faktoren vorhandene Widerstände zu reduzieren und Einstellungen zu verändern.

V. Zusammenfassung:

Die vorliegende Arbeit sollte aufgrund einer empirischen Untersuchung psychologische Aspekte der Prophylaxe des genitalen Carcinoms klären, und zwar insbesondere die psychologischen Ursachen für eine Verzögerung der frühzeitigen Arztkonsultation.

Wir untersuchten 100 nach dem Zufall ausgewählte neuaufgenommene Patientinnen der Universitäts-Frauenklinik Tübingen und eine Kontrollgruppe von 30 Unfallpatientinnen der Chirurgischen Universitätsklinik Tübingen mit einem ausführlichen Fragebogen, einem Persönlichkeitstest und verschiedenen Polaritätsprofilen.

Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung beeinflussen folgende Faktoren die Zeitperspektive vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Arztkonsultation:

1. Die persönliche und soziale Situation
   (Alter, Familienstand, soziale Schichtzugehörigkeit, Wohngebiet).
2. Die Persönlichkeitsstruktur
   (Selbstkritik, soziale Einstellung, depressive und schizoide Tendenzen, vegetative Stabilität).
3. Einstellungen
   (zu medizinischen Fragen, zur Sexualität, zur gynäkologischen Untersuchung, zur Vorsorgeuntersuchung, zum praktischen Arzt, zum Gynäkologen, zum Krankenhaus bzw. zur Universitätsklinik, zum Partner, zur Familie und zur eigenen Person).

Das Zusammenspiel dieser Faktoren verursacht je nach wechselnden Bedingungen die frühzeitige oder verspätete Arztkonsultation.

VI. Diskussion und Schlußfolgerungen:

Das eigentliche Ziel unserer Untersuchung war, durch die Klärung psychologischer und sozialer Zusammenhänge Hinweise zu ermitteln, die die Effektivität der Aufklärung steigern können.

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen nicht nur unsere Hypothesen, sondern stimmen auch im wesentlichen mit bisher vorliegenden Untersuchungsergebnissen anglo-amerikanischer und deutscher Autoren überein.

Übereinstimmung wurde vor allem darin erzielt, daß die Aufklärung einerseits und persönliche Faktoren wie Alter, soziale Situation, Persönlichkeitsstruktur und psychodynamische Abläufe andererseits eine wesentliche Rolle spielen.

Die Notwendigkeit einer Aufklärung Gesunder über vorbeugende und therapeutische Möglichkeiten des Carcinoms wird von der Bevölkerung uneingeschränkt gutgeheißen, wie vor allem Neumann (28) aufgrund einer soeben von ihm veröffentlichten Repräsentativbefragung über "das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung" ermittelte. Im Gegensatz zu diesem allgemein verbreiteten Bedürfnis nach Aufklärung wird jedoch der Umfang an bislang vorhandenen Informationen als zu gering angesehen, und die Möglichkeiten dieser Informationsquellen als unzulänglich eingeschätzt. Gleichzeitig wird von prophylaktischen Einrichtungen, die im Zuge der Aufklärung propagiert wurden, wie z.B. der Vorsorgeuntersuchung, bislnag nur von einem sehr geringen Teil der Bevölkerung Gebrauch gemacht.

Aus unserer empirischen Untersuchung und aus weiteren Beobachtungen und intensiven Gesprächen mit Patientinnen zeichnet sich daher als wichtigstes Ergebnis die Notwendigkeit einer praktischen Neuorientierung der Carcinomprophylaxe und eine stärkere Berücksichtigung psychologischer Aspekte bei der Therapie ab.

Primär ist zu berücksichtigen, daß sich die Zielgruppe, die durch eine Aufklärung auf breiter Basis angesprochen werden muß, vorwiegend aus Frauen der älteren Generation und unteren sozialen Schicht zusammensetzt. In der jüngeren Generation

bahnt sich offenbar ein Wandel an. Dieser Wandel betrifft in erster Linie das Rollenbild der Frau und in dieses Rollenbild integriert ihr Verhältnis zur Sexualität.

Die Frauen der heutigen Generation sind selbstbewußter und selbständiger geworden, eine Tatsache, die in erster Linie durch die im Zuge der Emanzipation einsetzende weitgehende Rollendifferenzierung bedingt ist. Das Verhältnis zum Partner wird mehr durch das Prinzip der Gleichberechtigung bestimmt als durch die ehemals geltende autoritäre Dominanz des Mannes. Die Notwendigkeit, den vielseitigen Aufgaben, die aus der Rollendifferenzierung entstanden sind, gerecht zu werden, setzt eine stärkere Beachtung der eigenen Person voraus, als dies bei den älteren Frauen der Fall ist. Zudem hat die allgemeine Enttabuisierung der Sexualität - zumindest in den Vorstellungen - zu einem Abbau der Hemmungen und größerer Aufgeschlossenheit geführt. Diese Frauen erleben z.B. die gynäkologische Untersuchung nicht mehr ausschließlich als peinlich, sondern eher als sachliche Notwendigkeit. Der Abbau der Hemmungen ermöglichte somit ein stärker sachorientiertes Verhalten, das durch ein größeres Interesse gesundheitlichen Fragen gegenüber positiv beeinflußt wird. So erstaunt es nicht, daß gerade die Frauen unter 35 Jahren von der Möglichkeit der Vorsorgeuntersuchung genügend oft Gebrauch machen, und somit bereits in jungen Jahren ein Verhalten geprägt wird, das sich bei fortschreitendem Alter positiv für die Vorbeugung auswirkt.

Allerdings spielen auch bei den jüngeren Frauen soziale Faktoren, wie z.B. die sozioökonomische Schichtzugehörigkeit, eine Rolle. Je niedriger die soziale Schicht ist, desto größer ist die soziale Distanz zum Arzt als dem Vertreter medizinischer Institutionen, und desto größer ist die Gefahr, daß die emotionalen Momente die sachlichen überwiegen.

Eine Möglichkeit, diese Distanz zu verringern, sehen wir vor allem darin, daß sich die Ärzte selber direkt an diese Frauen wenden, um sie zu informieren und aufzuklären. Informationsmöglichkeiten bieten sich bei der Konsultation, jedoch auch in

den modernen Massenmedien, auf deren besondere Problematik allerdings noch in dem speziellen Zusammenhang eingegangen werden muß.

Das weitaus größte Problem für die Aufklärung sind heute die Frauen der älteren Generation. Da sie die eigentlich gefährdeten sind, und sich aufgrund festgefügter Vorstellungen und einer entsprechenden Erziehung nicht aus eigener Kraft von ihren Vorurteilen und Hemmungen befreien können, sollte ihnen vorerst noch das Hauptinteresse gelten. Als wichtigster Anhaltspunkt müssen die speziellen Rollenvorstellungen dieser Frauen berücksichtigt werden, die ihre Hauptfunktion in der Aufopferung für die Umwelt sehen. Da diese Aufopferung jedoch zu einer Nichtbeachtung der eigenen Person führt, muß sich die Aufklärung in erster Linie die Vorstellung von der Pflicht für andere zunutze machen. Diesen Frauen muß bewußt gemacht werden, daß es auch zu ihren wesentlichen Pflichten gehört, sich für den Partner und die Familie gesund zu erhalten. Durch den Hinweis auf entsprechende Untersuchungsergebnisse sollte die falsche Vorstellung berichtigt werden, daß der Partner von der Krankheit seiner Frau nichts wissen will und ihm mit einer Negierung der Symptome also am besten gedient ist.

Es scheint sinnvoll, in diesem Zusammenhang mehr als bisher sachliche Informationen über therapeutische Möglichkeiten zu vermitteln, und dem Schlagwort "Krebs" seine unheilvolle Bedeutung zu nehmen. Dabei sollten innerhalb der gesamten Krebsaufklärung gerade die therapeutisch guten Aussichten des genitalen Carcinoms besonders herausgestellt werden. Eine besondere Berücksichtigung muß in diesem Zusammenhang der Strahlentherapie gelten, die im Bewußtsein der Bevölkerung bislang noch in starkem Maße mit dem Verdacht behaftet ist, sie komme nur für hoffnungslose Fälle in Frage. Gerade die Anwendung solcher Therapie-Methoden bedingt die negative Einstellung zur Universitätsklinik, die vorwiegend in ländlichen Gebieten sehr verbreitet ist. Das Image dieser Institution, das eine Patientin mit den Worten kennzeichnete "wenn man erst dahin muß, kann

man sich genauso gut gleich ins Grab legen", sollte von der Vorstellung einer anonymen, tödlichen Maschinerie befreit und durch sachliche Informationen über die Therapie-Erfolgsziffern, die gerade mit Hilfe der modernen Technik erzielt wurden, positiv verändert werden.

Möglichkeiten für die Vermittlung dieser Informationen wären vornehmlich in ländlichen Gebieten Lokalzeitungen und Aufklärungsvorträge, die allerdings durch maßgebliche, Autorität verkörpernde Persönlichkeiten des entsprechenden Wohnortes propagiert werden müßten. Besondere Sorgfalt sollte auf die Auswahl des Vortragenden verwandt werden. Nach unserer Meinung sollte es ein - zumindest psychologisch geschulter - Arzt sein. Er sollte emotional ansprechen und suggestiv wirken.

Die allgemeine Effektivität der Aufklärung ist jedoch nur gewährleistet, wenn sie das Bewußtsein breiter Bevölkerungsschichten verändert. Eine weite Verbreitung spezieller Informationen wäre am ehesten durch moderne Massenmedien wie Rundfunk, Fernsehn, Illustrierte und Tageszeitungen möglich. Eine genaue Aufschlüsselung der Reichweite dieser Medien in bestimmten Teilpopulationen liegt in der Leseranalyse 1968 (10) vor. Es ist allerdings zu berücksichtigen, daß nach unseren Ergebnissen und den von Neumann (28) veröffentlichten der Aufklärung, wie sie bislang von den Massenmedien in eigener Regie propagiert wurde, von Seiten der Informierten eine klare Absage erteilt wurde.

Dieses Ergebnis bestätigt allerdings nicht die generelle Untauglichkeit der Massenmedien als Informationsquellen der Aufklärung sondern zeigt eher die Notwendigkeit, die dort gegebenen Informationen anders zu gestalten. Die Information selbst darf nicht durch einen anonymen Feuilletonismus verfälscht werden. Das würde allerdings bedeuten, daß das Vorurteil der wissenschaftlichen Medizin, nur in der Fachliteratur zu publizieren, aufgegeben werden müßte. Kompetente Fachleute sollten unter Einsatz ihrer fachlichen Autorität und ihres Ansehens in

den genannten Massenmedien die Aufklärung selbst in die Hand nehmen, und zwar nicht in Form von einmaligen Berichten, sondern in regelmäßig wiederkehrenden Serien. Inhaltlich muß im Zuge einer solchen Aufklärung das Bewußtsein soweit verändert werden, daß die Frauen es allgemein als "Kunstfehler" betrachten, wenn der Arzt keine gynäkologische Untersuchung durchführt oder sie nicht sofort an den Facharzt oder die Klinik überweist.

Eine weitere konkrete Möglichkeit der Aufklärung sehen wir in einer von Medizinern und Psychologen gemeinsam verfaßten Aufklärungsschrift, die an jeden Haushalt verschickt wird und sich vor allem auch an den Ehemann richtet. Klärt man auch ihn gezielt über Frühsymptome und therapeutische Möglichkeiten des genitalen Carcinoms auf, so könnte er die bislang noch viel zu wenig genutzte Funktion eines weiteren sachlichen Beraters übernehmen. Diese Rolle trauen wir ihm deshalb zu, weil die Frauen nach den Erfahrungen unserer Untersuchung glauben, daß er ein vorwiegend sachorientiertes Verhalten gezeigt hat, und weil gerade die emotionelle Bindung seiner Partnerin seiner ohnehin noch relativ stark ausgeprägten Autorität besonderes Gewicht verleiht.

Eine nicht minder wichtige Rolle kommt jedoch dem Arzt selber zu. Die von Neumann veröffentlichte Repräsentativbefragung zeigt den weit verbreiteten Wunsch, in erster Linie vom Arzt selber aufgeklärt zu werden. Da nach den Ergebnissen unserer Untersuchung die als gefährdet angesehenen Frauen bevorzugt primär den Hausarzt aufsuchen, müßte der praktische Arzt genauso die Funktion des Aufklärers übernehmen, wie der Gynäkologe. Die dringlichste Aufgabe in dieser Funktion wäre eine Verminderung der sozialen Distanz im Verhältnis zur Patientin. Diese Distanz kann nur durch ein menschlich-verständnisvolles Entgegenkommen und eine größere Informationsbereitschaft vermindert werden. Die von uns als besonders gefährdet betrachteten älteren Patientinnen suchen vor allem eine gleichbleibende, enge,

vertrauliche Arztbeziehung. Die Realisierung dieses Wunsches ist besonders in der Universitätsklinik mit dauerndem Wechsel der Ärzte erschwert. Die einzelne Patientin möchte möglichst genau wissen, an welcher Krankheit sie leidet und möchte vor allem die Diagnose in verständlicher Weise erläutert haben. Dieses Bedürfnis schließt allerdings nach unserer Erfahrung die Diagnose Krebs aus, da diese Krankheit mehr als jede andere das in unserer Gesellschaft weitgehend tabuisierte Problem der Angst vor dem Tode tangiert.

Die Behandlung der Carcinompatientinnen stellt gerade im Hinblick auf die Prophylaxe insofern ein Problem dar, als geheilte Patientinnen aufgrund ihrer in der Klinik gesammelten Erfahrungen nach ihrer Entlassung die Funktion übernehmen könnten, in ihrem weiteren Bekanntenkreis aufklärend-vorbeugend wirksam zu werden. Es sei auf die in den USA zu einer Art von Clubs zusammengeschlossenen geheilten Carcinompatientinnen hingewiesen, die diese theoretische Möglichkeit bereits praktizieren.

Die klinische Therapie sollte also gerade bei den Carcinompatientinnen nicht nur somatisch sondern gleichzeitig psychologisch ausgerichtet sein, da die Auseinandersetzung mit dieser Krankheit psychodynamische Verhaltensänderungen und psychogene Krankheitsüberlagerungen hervorruft. Besondere Beachtung muß darauf verwandt werden festzustellen, wieviel die einzelne Patientin tatsächlich über ihre Krankheit weiß und welcher Art ihre Informationsquellen sind. Nicht selten kommt es vor, daß Patientinnen, die schon länger in der Klinik liegen oder sich dort erneut mit einem Rezidiv aufhalten, ahnungslose Mitpatientinnen über die Art ihrer Erkrankung und das Stadium des Fortgeschrittenseins aufklären. Da es sich dabei oft um falsche Informationen handelt, die von der Informandin selbst nicht nur falsch verstanden sondern auch verzerrt weitergegeben wurden, sollte Carcinompatientinnen grundsätzlich jeder Einblick in Krankenjournale unmöglich gemacht werden, aus denen - wenn auch in abgekürzter und, wie man von ärztlicher Seite oft annimmt, hinreichend verschlüsselter Form - die Diagnose zu entnehmen ist. Carcinompatientinnen entwickeln ein besonderes Geschick,

den "Code" verschlüsselter Diagnosen nach einem ihnen eigenen Bezugsystem zu dechiffrieren. So wird z.B. die abgekürzte Diagnose CC II (Collum Carcinom im Stadium II) von erfahrenen Patientinnen als "2 Häkchen und 2 Striche" mit einem bösartigen Krebs übersetzt, der so fortgeschritten ist, daß die Aussichten auf Heilung zweifelhaft sind.

Diesem Dilemma sollte der Stationsarzt begegnen, indem er unter Berücksichtigung der speziellen Informationen, die die Patientin von unsachverständiger Seite erhalten hat, verständliche, sachlich-richtige, jedoch positive Informationen über die Erkrankung gibt.

Die Ansichten darüber, ob man die Diagnose "Krebs" dabei mitteilen soll, sind geteilt. Wir sind nach unseren Erfahrungen der Meinung, daß es besser ist, das Wort "Krebs" überhaupt nicht zu erwähnen, da es in seiner connotativen Bedeutung so stark mit Vorstellungen der Aussichtslosigkeit behaftet ist, daß die wichtigste Grundbedingung einer erfolgreichen Therapie stark beeinträchtigt würde: Der auf eine feste Zuversicht begründete Lebenswille. Es scheint daher sinnvoller, der Patientin gegenüber grundsätzlich nur von einer ernst zu nehmenden Geschwulst zu sprechen, die allerdings bösartig werden kann, wenn man sie nicht richtig behandelt. Diese Diagnose darf jedoch nicht durch oberflächliche Beschwichtigungen bagatellisiert werden, da die Patientin schon aus der Therapie ersieht, daß es sich um etwas Ernstes handeln muß.

In diesem Zusammenhang gewinnt auch die Unterbringung der Patientin und die Zusammensetzung einzelner Zimmergemeinschaften wesentliche Bedeutung. Gruppeneinheiten, die größer sind als 3, scheinen für Carcinom-Krankenzimmer deshalb sinnlos, weil die Interaktion der Gruppe unübersehbar wird und die sinnvolle Zusammensetzung von miteinander harmonisierenden Persönlichkeiten sehr erschwert ist. Es sollte darauf geachtet werden, daß sich in jedem Zimmer zumindest eine Patientin befindet, die den anderen Mut macht und sie vom Grübeln ablenkt. Um jedoch gerade die Grübeleien zu verhindern, sollten beschäftigungstherapeutisch sinnvolle Tätigkeiten ausgeübt werden können, um die

produktive Aktivität zu erhalten und gleichzeitig abzulenken. Mindestens ein Aufenthaltsraum sollte auf jeder Station zur Verfügung stehen, in dem sich Patientinnen, die nicht unbedingt dauernd bettlägerig sein müssen, Beschäftigungs- und Ablenkungsmöglichkeiten bieten. Soweit es möglich ist, sollten diese Patientinnen das Wochenende innerhalb der Familie verbringen, in einigen Fällen sollte es sogar angestrebt werden, die Therapie nach Möglichkeit ambulant durchzuführen.

Der Aufenthaltsraum, der in seiner Gestaltung besonders wohnlich sein und möglichst wenig Krankenhausatmosphäre ausstrahlen sollte, könnte nebenbei wöchentlichen gruppentherapeutischen Sitzungen dienen, zu denen sich jeweils eine oder zwei Zimmergemeinschaften als Diskussionsgruppe zusammenfinden. Die Thematik dieser Gespräche sollte durch den psychologisch geschulten Leiter so ausgeweitet werden, daß Probleme diskutiert werden, die zwar vom Thema Krankheit abweichen und ablenken, jedoch persönlich relevant sind. Als Thematik kämen insofern all diejenigen problematischen Fragen in betracht, die wir in unserer Untersuchung als gerade für diese Frauen relevant befunden haben: Familie, Ehe, Sexualität, Rollenvorstellungen etc. Damit würde im Sinne der Prophylaxe nicht nur einem erneuten Rückfall in ein unsachgerechtes Verhalten vorgebeugt, sondern die Möglichkeit geschaffen, diese Patientinnen zu Mitaufklärern ihrer Bekannten und Verwandten auszubilden. Hierbei dürfte das Engagement durch die persönliche Erfahrung gestärkt werden, daß ein sachlich richtiges Verhalten (Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, frühzeitige Arztkonsultation bei Symptomen) den großen Behandlungsaufwand erspart hätte.

Es wäre zu überlegen, die Konzentration von Carcinompatientinnen auf eigenen Stationen abzuschaffen und diese Patientinnen und Patientinnen mit sonstigen gynäkologischen Erkrankungen gemeinsam in einzelnen Zimmern unterzubringen. Dieses Vorgehen, das bereits an einzelnen Universitätskliniken mit Erfolg praktiziert wird, verhindert Gefühle der Isolation und sozialen Degradierung. Die Unterbringung der Patientin sollte vor allem

auf der Strahlentherapeutischen Station besonders sorgfältig berücksichtigt werden. Carcinompatientinnen fürchten von allen therapeutischen Maßnahmen am meisten die Radiumeinlage. Nicht selten kommt es vor, daß Patientinnen im Gefühl der hermetischen Abgeschlossenheit von der Außenwelt und des Ausgeliefertseins an die gefürchtete unsichtbare Gewalt der Strahlen in schwere Angstzustände geraten. Die über die gesamte Behandlung in regelmäßigen Abständen verteilte Radiumtherapie kann zu einem Schreckgespenst werden, von dem sich die Patientin nicht mehr befreien und in dem Abstand zwischen zwei Einlagen nicht mehr erholen kann. Die Gestaltung dieser Zimmer sollte also besonders freundlich sein und den Kontakt zur Außenwelt in irgendeiner Form noch ermöglichen.

Die Berücksichtigung dieser Aspekte der Carcinom-Behandlung, die erst durch einen Mangel an Vorbeugung notwendig wurde, könnte somit als sinnvoller Faktor in eine erfolgreiche Carcinom-Prophylaxe integriert werden.

Literatur:

(1) Achtè, K.A. und Vauhkonen, M.

Karzinom und Psyche.
Hippokrates 14, 535-540, 1969

(2) Adorno, Th.W. und Dirks, W.

Frankfurter Beiträge zur Sozilogie 4, 116-132, 1956

(3) Allport, G.W.

Bemerkungen zu dem gegenwärtigen Stand der Theorie der Motivation in den USA.
Psych. Beitr. 1, 10-26, 1953

(4) Barnes, E.

Menschliche Konflikte im Krankenhaus.
Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1963

(5) Bergius, R.

Formen des Zukunfterlebens.
Johann Ambrosius Barth, München, 1957

(6) Cobb, B., Clark, R.L., Mc Guire, C. und Howe, C.D.

Patient responsable Delay of Trearment in Cancer.
Cancer 7, 920-926, 1954

(7) Contest, Institut für angewandte Psychologie und Soziologie

Repräsentativerhebung über Gesundheit und Krankheitsbehandlung aus der Sicht der Bevölkerung.
Frankfurt/Main, 1969

(8) Deese, J.

The Structure of Associations in Language and Thought.
The John Hopkins Press, Baltimore, 1965

(9) Deutsch, H.

Psychologie der Frau.
Verlag H. Huber, Bern, 1948

(10) Divo, Gesellschaft für Wirtschaftsforschung, Sozialforschung und angewandte Mathematik, und Infratest, Marktforschung, Wirtschaftsforschung und Sozialforschung G.m.b.H.

Leseranalyse 1968.
Frankfurt/Main und München, 1968

(11) Eysenck, H.J.

Rauchen, Gesundheit und Persönlichkeit.
Walter Rau Verlag, Düsseldorf, 1968

(12) Festinger, L.

A Theory of Cognitive Dissonance.
Stanford University Press and Tavistock Publications, 1962

(13) Fisher, S.

Motivation for Patient Delay.
Archives of general Psychiatry 16 (6), 676-678, 1967

(14) Frank, L.K.

Time Perspectives.
L. soc. Philos. 4, 293-312, 1939

(15) Freud, S.

Selbstdarstellung.
Imago Publishing Co. LTb., London, 1946

(16) Hammerschlag, C.A., Fisher, S., De Cosse, J. und Kaplan, E.

Breast Symptoms and Patient Delay; Psychological Variables involved.
Cancer 17 (11), 1480-1485, 1964

(17) Harms, C.R., Plant, J.A., Oughterson, A.W.

Delay in Treatment of Cancer.
Journal of the Amer. med. Assoc. 121, 335-338, 1943

(18) Hofstätter, P.R.

Gruppendynamik.
Rowohlt Verlag, Hamburg, 1957

(19) Hofstätter, P.R.

Einführung in die Sozialpsychologie.
Kröner Verlag, Stuttgart, 1959

(20) Howson, K.Y.

Observations on the Delay Period in the Diagnosis of Pelvic Cancer.
Med. clin. North. Amer. 32, 1573-1681, 1948

(21) Kaupen-Haas, H.

Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität.
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1969

(22) Kinsey, A.

Das sexuelle Verhalten der Frau.
S. Fischer Verlag, Berlin, Frankfurt/M., 1963

(23) Lewin, K.

Lösung sozialer Konflikte.
Christian Verlag, Bad Nauheim, 1953

(24) Lewin, K.

Time Perspektive and Morale.
Houghton Mifflin, 48-70, 1942

(25) Mittenecker, E. und Toman, W.

Der P. I. Test.
Beihefte zur Wiener Zeitschr. f. Philos., Psychol. und Pädag. 1, Verlag A. Sexl, Wien-Köln, 1951

(26) Mittenecker, E.

Planung und statistische Auswertung von Experimenten.
Verlag F. Deuticke, Wien, 1964

(27) Martius, H.

Lehrbuch der Gynäkologie.
G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1964

(28) Neumann, G.

Das Problem der Krebserkrankung in der Vorstellung der Bevölkerung.
G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1969

(29) Osgood, Ch. E., Suci, G. I., Tannenbaum, P.H.

The Measurement of Meaning.
University of Illinois Press, Urbana, 1957

(30) Pack, G.T., und Gallo, J.S.

Culpability for Delay in Treatment of Cancer.
Amer. L. Cancer 33, 443-462, 1938

(31) Parsons, T.

Struktur und Funktion der modernen Medizin.
Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie,
Sonderheft 3, 1958.

(32) Pauli, H.K. und Frick, V.

Der Einfluß sozialer Merkmale von Patientinnen auf
Vorstellungen vom Gynäkologen und auf die Einstellung
zur Unterleibsuntersuchung.
Geburtshilfe und Frauenheilkunde 5, 450-455, 1969

(33) Pflanz, M.

Sozialer Wandel und Krankheit.
F. Encke Verlag, Stuttgart, 1962

(34) Pfleiderer, A. jr.

Früherkennung und Behandlung des Genitalcarcinoms
der Frau.
Sonderdruck des Ärzteblattes Baden-Württemberg 1, 1969

(35) Scheffey, L.

The Delay Period in the Diagnosis of Pelvic Malignancy.
Obstr. et Gynec. 1, 554-563, 1953

(36) Shands, H.C., Miles, H.H.W. und Cobb, S.

The emotional Significance of Cancer.
Amer. Pract. a. Digest Treat. 2, 261-265, 1951

(37) Shands, H.C., Finesinger, J.E., Cobb, S. und Abrams, R.D.

Psychological Mechanisms in Patients with Cancer.
Cancer 4, 1159-1170, 1951

(38) Sugar, M. und Watkins, C.

Some Obserservations about Patients with Breast Mass. Cancer 14, 979-988, 1961

(39) Taylor, H.S.

Factor associated with Patient Culpability or Non-culpability in Delaying medical Care for Cancer. Thesis, Washington University, 1949 .

(40) Wakefield, J.

Soziale Faktoren der Krebsvorbeugung. Schw. med. Wschr. 9, 828, 1969

Anhang:

Strukturiertes Interview

Name: Kartenmerkmal: 1-2 ☐☐

Wohnort: Laufende Nr.: 3-5 ☐☐

Aufnahmedatum: Privat Pat.: (o)ja, (1)nein 6 ☐

Station: (o)Cons, (1)Op, (2)Iso, (3)Chir. 7 ☐

Alter:
(o)11-2o, (1)21-3o, (2)31-4o, (3)41-5o, (4)51-6o, (5)61-7o, (6)71-8o, (7)81-9o. 8 ☐

Fam. Stand:
(o)led., (1)verh., (2)verw., (3)gesch. 9 ☐

Kinder:
(o)keine, (1)1-2, (2)3-5, (3)6 u. mehr 1o ☐

Beruf der Patientin (berufl. Belastung): 11 ☐
(o)ohne jede Beschäftigung, (1)Hausfrau mit kl. Haushalt ohne Hilfe (-3 Pers.), (2)Hausfrau mit großem Haushalt ohne Hilfe (ab 4 Personen), (3)Hausfrau mit Hilfskraft, (4)Hausfrau mit Haushalt u. berufl. Belastung, (5)berufstätig, allein, körperl. leichter Beruf ohne bes. geistige Anforderungen, (6)berufstätig, allein, körperl. leichter Beruf mit geistigen Anforderungen, (7)berufstätig, allein, körperl. schwere Anforderungen, (8)Landfrau, in der Landwirtschaft mithelfend, (9)Sonstiges (Rentnerin etc.).

Soziale Stellung des Mannes (falls unverh., verw. oder gesch. Stellung der Frau): 12 ☐
(o)arbeitslos, (1)Hilfs- und Gelegenheitsarbeiter, (2)Gelernter Arbeiter und Facharbeiter, (3)Angestellter, Beamter des einf. u. mittl. Dienstes, (4)Angestellter u. Beamter des geh. u. höheren Dienstes,(5)Student, (6)Bauer u. kl. Landwirt, (7)Selbst. u. übrige Berufe mit geringem Eink., (8)Selbst. u. übrige Berufe mit hohem Einkommen, (9)Sonstiges (Rentner etc.).

Monatliches Gesamteinkommen der Familie: 13 ☐
(o)keine Angabe, (1)-6oo DM, (2)6oo-9oo DM, (3)über 9oo, -12oo DM, (4)über 12oo, -15oo DM, (5)über 15oo, - 2ooo DM, (6)über 2ooo DM.

Schicht (nach soz. Stellung u. Einkommen): 14 ☐
(o)untere soziale Schicht, (1)mittlere soziale Schicht, (2)soziale Oberschicht.

Wohnortgröße: 15 ☐
(o)Stadt - 1o ooo E., (1)Stadt 1o ooo - 5o ooo E., (2)Stadt 5o ooo - 1oo ooo E., (3)Stadt über 1oo ooo E., (4)Land - 5oo E., (5)Land über 5oo, - 1ooo E., (6)Land 1ooo - 5ooo E.

Ärzte am Ort: 16 ☐
(o)keine, (1)Heilpraktiker, Hebamme, (2)praktischer Arzt, (3)Gynäkologe, (4)sonstige Fachärzte, (5)Krankenhaus, (6)Komb. 1 u. 2, (7)Komb. 1,2,3 oder 2 und 3, (8)Komb. 1,2,3,4,5.

Bevorzugte Informationsmittel: 17-18 ☐☐
(o)keine Angabe, (1)Fernsehen, (2)Rundfunk, (3)Tageszeitungen, (4)Wochenzeitschriften (Spiegel etc.), (5)Illustrierte, (6)Boulevardblätter, (7)Sonstiges.

Häufigkeit des Krankseins allgemein: 19 ☐
(o)Keine Angabe, (1)oft krank, (2)bisweilen, (3)selten, so gut wie nie.

Verhalten bei Krankheit allgemein: 2o ☐
(o)Keine Angabe, (1)überängstlich, besorgt, (2)vernünftig, aufmerksam, (3)gleichgültig, unachtsam.

Unternimmt gegen die Krankheit allgemein: 21 ☐
(o)Keine Angabe, (1)gar nicht, beachtet sie nicht, (2)kuriert sich selbst, auch mit eigens ausgesuchten Medikamenten, (3)Sucht Rat bei einem mit med. Kenntnissen ausgestatteten Nichtfachmann, z.B. Heilpraktiker, Hebamme etc., (4)geht gleich zum Arzt oder läßt Arzt kommen, (5)geht erst zum Arzt, wenn die Beschwerden sehr stark werden.

Verhalten bei der Arztkonsultation (allgm.): 22 ☐
(o)Keine Angabe, (1)Erkundigt sich genau nach der Diagnose und läßt sie sich erklären, (2)Begnügt sich mit dem, was der Arzt von sich aus mitteilt, da zu scheu, um nachzufragen, (3)Begnügt sich mit der Behandlung, ist an der Diagnose nicht weiter interessiert.

Bisher gemachte Erfahrungen bei der Arztkonsultation hinsichtlich der Diagnosemitteilung: 23 ☐

(o)Keine Angabe, (1)Diagnose wurde meistens genau mitgeteilt und der Patientin in verständlicher Weise erläutert, (2)Diagnose wurde mitgeteilt aber nicht weiter erläutert, (3)Diagnose wurde meistens nicht mitgeteilt, Ärzte beschränkten sich auf die Behandlung.

Medizinisches Interesse: 24-25 ☐☐

(o)Keine Angabe, (1)Keinerlei Interesse vorhanden, (2)Liest med. Berichte in Illustrierten, (3)Sieht med. Berichte im Fernsehn an, (4)Liest med. populärwiss. Literatur, (5)Liest med. wiss. Literatur, (6)Besucht Aufklärungsvorträge, (7)Hatte schon Gelegenheit, Aufklärungsvorträge zu hören, hat sich aber nicht dafür interessiert, (8)Hat noch keine Gelegenheit gehabt, Aufklärungsvorträge zu hören, wäre aber sehr daran interessiert, (9)Komb.2,3,-2,3 und 4, 2,3,4 und 5.

Ca-Präventivuntersuchung: 26 ☐

(o)Keine Angabe, (1)Ist noch niemals aus diesem Grund beim Frauenarzt gewesen und weiß auch nichts darüber, (2)Ist über die Notwendigkeit informiert und war trotzdem noch nie aus diesem Grund beim Arzt, (3)Ist informiert und ist einmal oder in unregelmäßigen größeren Abständen aus diesem Grund zur Untersuchung gegangen, (4)Ist informiert und geht regelmäßig einmal im Jahr, (5)Geht regelmäßig alle 2 Jahre.

Welche Frühsymptome sind bekannt: 27-29 ☐☐☐

(o)Keine, (1)Blutungsanomalien, (2)Ausfluß, (3)Leibesvergrößerungen, (4)Gewichtsabnahme, (5)Knötchenbildungen, (6)Komb. 1,2,3,4,5.

Quellen, aus denen dieses Wissen bezogen wurde: 3o-31 ☐☐

(o)Keine Angabe, (1)Vorträge, (2)Fernsehn, (3)Zeitschriften, (4)Aufklärung beim Arztbesuch, (5)Bekannte, Freundin etc., (6)Sonstiges.

Art der erstmals aufgetretenen Beschwerden: 32-34 [ ][ ][ ]
(o)Keine Angabe, (1)Keine, Krankheit wurde bei Routineuntersuchung festgestellt, (2)Kontaktblutungen, (3)Fluor, (4)Blutungsanomalien, (5)Gewichtsabnahme, (6)Schmerzen, (7)Blut bei Stuhlgang, Wasserlassen, (8)Leibesvergrößerungen, (9)Sonstiges.

Verstärkung der Beschwerden: 35-37 [ ][ ][ ]
(o)Keine Angabe, (1)Entfällt, Patientin hat sofort den Arzt aufgesucht, (2)Kontaktblutungen, (3)Fluor, (4)Blutungsanomalien, (5)Gewichtsabnahme, (6)Schmerzen, (7)Blut bei Stuhlgang, Wasserlassen, (8)Leibesvergrößerungen, (9)Sonstiges.

Verhalten der Patientin nach dem Auftreten der Bescherden: 38-41 [ ][ ][ ][ ]
(o)Beachtet sie anfänglich nicht weiter, macht sich keine Gedanken, da sie sie für zu geringfügig hält. Sagt sich, daß die Beschwerden noch im Bereich des Normalen liegen.
(1)Ist sehr beschäftigt, verdrängt die Gedanken an die Beschwerden mit dem Argument, sie habe keine Zeit, sich darum zu kümmern.
(2)Sie ist beunruhigt, unternimmt aber zunächst nichts, damit der Ehemann und die Familie nichts davon erfahren.
(3)Sie ist sehr beunruhigt, geht aber nicht zum Arzt, weil sie sich geniert.
(4)Sie teilt ihrem Mann, bzw. ihrer Familie die Beschwerden mit und sucht hier Rat.
(5)Sie hat Angst vor der Diagnose, denkt an Krebs oder daß es eine andere schwere Krankheit sein könnte. Sie befürchtet die Bestätigung und schiebt deshalb die Konsultation hinaus.
(6)Sie liest in medizinischen Büchern über ihre Beschwerden nach und stellt sich selbst eine Diagnose.
(7)Sie sucht vorläufigen Rat bei einem mit med. Kenntnissen ausgestatteten Nichtfachmann (Heilpraktiker, Hebamme etc.).

(o)Sie ist über Frühsymptome orientiert und geht sofort zum Arzt 42-43 [ ][ ]
(1)Sie geht aus Gewissenhaftigkeit sofort zum Arzt, ohne über Frühsymptome informiert zu sein.
(2)Sie geht auf dringendes Anraten eines anderen (Ehemann, sonst.Familienangeh.) zum Arzt.
(3)Die Beschwerden werden so schlimm, daß sich eine Arztkonsultation nicht mehr vermeiden läßt.

Verhalten des Ehemannes: 5o-52 ☐☐☐
(o)Keine Angabe, (1)Der Ehemann zeigt keinerlei Interesse für die Beschwerden seiner Frau, (2)Er Hält die Beschwerden für harmlos, er glaubt, daß seine Frau übertreibt und bagatellisiert das Ganze, (3)Er ist besorgt, beruhigt aber seine Frau, unterhält sich mit ihr über ihre Beschwerden und rät ihr, zum Arzt zu gehen, (4)Er tut alles, um ihr eine evt. Behandlung (auch Krankenhaus) so angenehm als möglich erscheinen zu lassen und setzt sich dafür ein, daß sie zum Arzt geht, (5)Er gibt ihr das Gefühl, daß während ihrer Abwesenheit für alles gesorgt ist, (6)Er ist über die Tatsache, daß sie Beschwerden hat und möglicherweise ernstlich krank werden könnte, ungehalten, es ist ihm unbequem, er gibt dieses deutlich zu verstehen und wendet sich von ihr ab, (7)Er ist so beunruhigt bei dem Gedanken, sie könnte durch Krankheit ausfallen, daß er völlig kopflos reagiert und sie mit seinen Sorgen und Befürchtungen quält, (8)Er befürchtet, daß es sich um eine schwere Krankheit handeln könnte und gibt ihr dieses deutlich zu verstehen.

Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zum ersten Arztbesuch: 53 ☐
(o)Keine Angabe, (1)sofort - 14 Tage, (2)14 - 3o Tage, (3)1 - 3 Monate, (4)4 - 6 Monate, (5)7 - 9 Monate, (6)1o - 12 Monate, (7)1 - 2 Jahre, (8)2 - 3 Jahre, (9)über 3 Jahre.

Zeit von der Verstärkung der Symptome bis zum ersten Arztbesuch: 54 ☐
(o)Keine Angabe, (1)sofort - 14 Tage, (2)14 - 3o Tage, (3)1 - 3 Monate, (4)4 - 6 Monate, (5)7 - 9 Monate, (6)1o - 12 Monate, (7)1 - 2 Jahre, (8)2 - 3 Jahre, (9)über 3 Jahre.

Konsultation erster Arzt: 55 ☐
(o)Keine Angabe, (1)Heilpraktiker/Hebamme, (2)praktischer Arzt, (3)Gynäkologe, (4)Krankenhaus, (5)Vorsorgeuntersuchung, (6)Eigene Ambulanz, (7)Facharzt, kein Gynäkologe, (8)Sonstiges.

Wenn 1. Arzt kein Gynäkologe:

Gynäkologisch untersucht: (o)ja, (1)nein 56 ☐
Diagnose gestellt und mitgeteilt: 57 ☐
(o)ja, (1)nein.
Diagnose (o)richtig, (1)falsch. 58 ☐

Überweisung an Gynäkologen oder Krankenaus: 59 ☐
(o)sofort - 14 Tage, (1)nach 14 - 3o Tagen, (2)nach 1 - 2 Monaten, (3)nach 2 - 3 Monaten, (4)nach 4 - 6 Monaten, (5)nach 7 - 12 Monaten, (6)nach 1 - 2 Jahren, (7)nach 2 - 3 Jahren, (8)nach über 3 Jahren.

Behandlung: 6o ☐
(o)keine Angabe, (1)keine, da sofort über wiesen, (2)keine und nicht sofort überwiesen, (3)medikamentöse Behandlung, (4)Sonstiges, z.B. Kurverschickung.

Wenn 1. Arzt Gynäkologe oder Gynäkologe nach Überweisung vom praktischen Arzt:

Gynäkologische Untersuchung: 61 ☐
(o)ja, (1)nein.

Diagnose gestellt und mitgeteilt: 62 ☐
(o)ja, (1)nein.

Diagnose (o)richtig, (1)falsch. 63 ☐

Pobeex.(o), Papanic. (1) 64 ☐

Behandlung: 65 ☐
(o)Keine Angabe, (1)keine, sofortige Überweisung an Krankenhaus oder Klinik, (2)medikamentöse Behandlung, (3)operativer Eingriff, (4)Sonstiges.

Überweisung an Krankenhaus oder Klinik: 66 ☐
(o)Keine Angabe, (1)sofort - 14 Tage, (2)14 - 3o Tage, (3)1 - 2 Monate, (4)2 - 3 Monate, (5)7 - 12 Monate, (6)nach 1 - 2 Jahren, (7)nach 2 - 3 Jahren, (8)nach über 3 Jahren.

Gründe, aus denen sich die Patientin in die Klinik begibt oder eingewiesen wird: 67-69 ☐☐☐
(o)Keine Angabe, (1)Sie vertraut der Behandlung des Arztes nicht mehr und kommt freiwillig, (2)Der Ehemann oder Bekannte reden ihr zu, (3)Sie wird vom Arzt überwiesen, da Diagnose unklar, (3)Sie wird vom Arzt überwiesen, da er die Behandlung nicht durchführen kann.

Zeit von der Überweisung bis zur tatsächlichen Aufnahme in die Klinik: 7o ☐
(o)Keine Angabe, (1)sofort - 14 Tage, (2)14 - 3o Tage, (3)1 - 2 Monate, (4)2 - 3 Monate, (5)4 - 6 Monate, (6)7 - 12 Monate, (7)mehr als 1 Jahr.

Gründe für Verzögerungen zwischen Überweisung und Aufnahme in die Klinik: 71-73 ☐☐☐

(o)Keine Angabe, (1)Schwierigkeiten bei der Krankenkassenversorgung, finanzielle Gründe, (2)Krankenhaus belegt, (3)Angst, daß es Krebs oder eine andere schwere Krankheit sein könnte, (4)Angst vor Operation oder Bestrahlung, (5)Angst, den Ehemann längere Zeit alleine zu lassen, (6)Schwierigkeiten bei der Versorgung des Haushaltes für die Zeit der Abwesenheit, (7)Angst vor dem Krankenhaus, (diffuse).

Verstrichene Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur Aufnahme in die Klinik: 74 ☐

(o)Keine Angabe, (1)- 14 Tage, (2)14 - 3o Tage, (3)1 - 3 Monate, (4)4 - 6 Monate, (5)7 - 9 Monate, (6)1o - 12 Monate, (7)1 - 2 Jahre, (8)2 - 3 Jahre, (9)über 3 Jahre.

Einstellung zur jetzigen Krankheit (Diagnose bekannt): 75 ☐

(o)Keine Angabe, (1)Hält Krankheit für harmlos, leicht heilbar mit Medikamenten, (2)Hält Krankheit zwar nicht für harmlos, setzt jedoch volles Vertrauen auf die Wirkung der Behandlung im Krankenhaus, (3)Hält die Krankheit für ernst, macht sich große Sorgen, glaubt, daß die Behandlung zwar nicht leicht ist, vertraut aber dennoch darauf, (4)Hält die Krankheit für etwas sehr Ernstes, glaubt, daß nur noch eine Operation helfen kann, (5)Weiß, daß Ca, glaubt an frühes Stadium und völlige Heilbarkeit durch Operation oder Bestrahlung, (6)Weiß, daß Ca in fortgeschrittenem Stadium, glaubt dennoch an Heilung durch Operation oder Bestrahlung, (7)Weiß, daß Ca, befürchtet das Schlimmste, glaubt nicht an Heilung.

Einstellung zur jetzigen Krankheit (Diagnose nicht bekannt): 76 ☐

(o)Keine Angabe, (1)Hält die Krankheit für etwas Harmloses, mit Medikamenten leicht zu behandeln, (2)Hält die Krankheit für nicht so harmlos, setzt jedoch volles Vertrauen auf die Behandlung, rechnet auch mit Operation, (3)Hält die Krankheit zwar für etwas Ernstes, denkt aber nicht an Krebs, vertraut auf die Behandlung, (4)Hält die Krankheit für sehr ernst, glaubt, daß nur noch Operation helfen kann, denkt jedoch nicht an Krebs, (5)Befürchtet, daß Ca, hofft aber, daß frühes Stadium und rechnet mit vollem Behandlungserfolg, (6)Denkt an Ca, ist sehr besorgt, glaubt, daß nur noch Operation oder Bestrahlung helfen können, glaubt jedoch an Heilung, (7)Befürchtet, daß Ca, glaubt nicht an eine mögliche Heilung.

Diagnose:

Falls Ca-Diagnose:

(o)Collum Ca I, (1)CC II, (2)CC III, (3)CC IV 77 ☐
(4)Corpus Ca I, (5)Corp. Ca II, (6)Corp. Ca III,
(7)Corp. Ca IV.

(o)Ovarial Ca I, (1)Ov. CA II, (2)Ov. Ca III, 78 ☐
(3)Ov. Ca IV, (4)Vaginal Ca I, (5)Vag. Ca II,
(6)Vag. Ca III, (7)Vag. Ca IV.

(o)Vulva Ca I, (1)Vulva Ca II, (2)Vulva Ca III, 79 ☐
(3)Vulva Ca IV.

Rezidiv: 8o ☐
(o)ja, (1)nein.

Welches sind nach Ihrer Meinung die Hauptgründe dafür, daß so sehr viele Frauen trotz bestehender Symptome die Arztkonsultation sehr lange verzögern? 45-49 ☐☐☐☐☐

(o)Scham, (1)Furcht, (2)Gleichgültigkeit,
(3)Arbeitsbelastung, Zeitmangel, (4)Sonstiges.

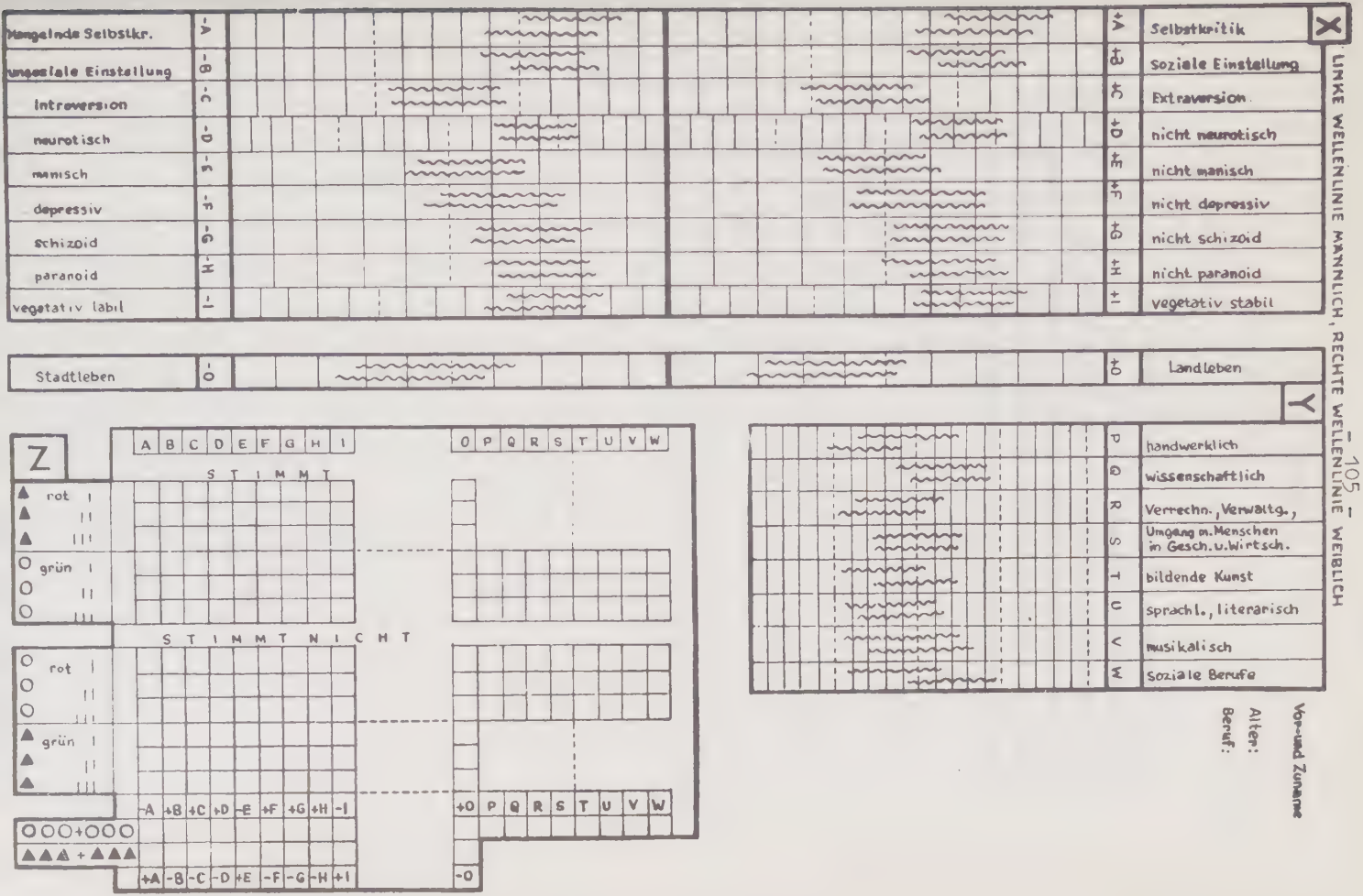
Wenn Sie die freie Wahl hätten, würden Sie als Gynäkologen einen Mann oder eine Frau bevorzugen? 44 ☐

(o)Mann, (1)Frau, (2)Gleichgültig.

Polaritätsprofile

Mein Hausarzt
Der Frauenarzt
Krankenhaus
Krankheit
Meine Familie
Mein Ehemann
Ich

	3	2	1	0	1	2	3	
stark								schwach
streng								mild
aktiv								passiv
reizbar								ruhig
warm								kalt
männlich								weiblich
offen								verschlossen
hart								weich
optimistisch								pessimistisch
fortschrittlich								rückständig
langsam								schnell
gut								schlecht


X
mangelnde Selbstkr. -A
ungesellige Einstellung -B
Introversion -C
neurotisch -D
manisch -E
depressiv -F
schizoid -G
paranoid -H
vegetativ labil -I
+A Selbstkritik
+B soziale Einstellung
+C Extraversion
+D nicht neurotisch
+E nicht manisch
+F nicht depressiv
+G nicht schizoid
+H nicht paranoid
+I vegetativ stabil
LINKE WELLENLINIE MÄNNLICH, RECHTE WELLENLINIE WEIBLICH
Stadtleben -O
+O Landleben
Y
P handwerklich
Q wissenschaftlich
R Verrechn., Verwaltg.,
S Umgang m. Menschen in Gesch. u. Wirtsch.
T bildende Kunst
U sprachl., literarisch
V musikalisch
W soziale Berufe
Z
A B C D E F G H I
O P Q R S T U V W
S T I M M T
rot I II III
grün I II III
S T I M M T N I C H T
rot I II III
grün I II III
-A +B +C +D -E +F +G +H -I
+O P Q R S T U V W
+A -B -C -D +E -F -G +H +I
-O
Vor- und Zuname
Alter:
Beruf:

Herrn Professor Dr. R. Bergius danke ich für die Beratung und Betreuung dieser Arbeit.
Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. H. Roemer, der mir die Anregung zum Thema dieser Untersuchung gab, und ihre Durchführung mit gutem Rat und freundlicher Unterstützung in jeder Weise förderte.

L e b e n s l a u f

Am 18.7.1941 wurde ich, Viola Frick geb. Hebert, als Tochter des Dr. rer. pol. Walther Hebert und seiner Ehefrau Sofiemarie, geb. van Acken, in Berlin geboren. Von 1948 bis 1952 besuchte ich die Grundschule in Lingen/Ems, von 1952 bis 1961 das dortige Gymnasium/Georgianum, wo ich im März 1961 das Abitur bestand.
1961 begann ich in Frankfurt/Main das Studium der Psychologie, das ich nach 2 Semestern in Tübingen fortsetzte. Dort legte ich im November 1966 die Diplom-Hauptprüfung ab.
Seit September 1967 bin ich an der Universitäts-Frauenklinik Tübingen als wissenschaftliche Angestellte tätig.

Druckbüro Frau Elly HUTH, 74 Tübingen